

Повышение качества жизни стомированных людей

НИ ОДНОГО ВОПРОСА БЕЗ ОТВЕТА



Москва 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Понятие о стоме, средствах и принципах ухода за стомой, о жизни со стомой	7
<i>Что такое стома? Какой она может быть?</i>	7
<i>Что такое калоприемники и уроприемники, мочеприемники?</i>	8
<i>Какие бывают калоприемники и уроприемники?</i>	8
<i>Что такое специальные вспомогательные средства ухода за стомой и аксессуары? Какие они бывают?</i>	12
<i>Почему нельзя обойтись без стомы? Это навсегда или возможно вернуть этот вывод?</i>	15
<i>После операции была выведена кишка большого размера. Теперь, спустя два месяца стома стала меньше, но двигается. То выходит вдруг наружу, то обратно уходит. Это нормально?</i>	15
<i>Вывели стому на живот. Как я смогу справиться с уходом за стомой самостоятельно? Что теперь делать?</i>	16
<i>Что необходимо приготовить для проведения замены калоприемника или уроприемника?</i>	16
<i>Как производить замену калоприемника или уроприемника?</i>	16
<i>Как наклеивать калоприемник или уроприемник?</i>	18
<i>Когда надо менять калоприемник или уроприемник?</i>	19
<i>Какие проблемы могут быть при использовании калоприемников или уроприемников?</i>	20
<i>Какие наиболее частые причины негерметичности калоприемников или уроприемников?</i>	20
<i>Что делать, если происходит вздутие мешка калоприемника?</i>	21
<i>Что делать, если происходит слипание стенок мешка калоприемника?</i>	21
<i>Операция после удаления мочевого пузыря завершилась уретерокутанеостомией. Как правильно ухаживать за такой уростомой? Образовались солевые отложения на выходе мочеточников наружу. Как с этим быть?</i>	22
<i>Нужен ли послеоперационный бандаж? Сколько времени его носить? Как правильно выбрать бандаж?</i>	22
<i>Буду ли я теперь чувствовать, когда идти в туалет? У меня стома сама по себе «живет». Все время неожиданность! Как же я пойду на работу, и, вообще, как выходить из дома теперь?</i>	23

НИ ОДНОГО ВОПРОСА БЕЗ ОТВЕТА.

Повышение качества жизни стомированных людей.

Под редакцией д.с.н., президента Национальной ассоциации больных с нарушениями функции функции экскреторной системы «АСТОМ» В.Г. Суханова – Москва, 2020 г, тираж 1000 экз.

В представленном издании охвачены основные многочисленные вопросы и проблемы, с которыми сталкивается каждый стомированный пациент как перед, так и после стомирующей операции.

Данное практическое пособие подготовлено на основе 27-ми летнего опыта работы в области медико-социальной реабилитации стомированных пациентов ассоциации стомированных пациентов «АСТОМ» и сотрудничества с ведущими медицинскими специалистами НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, с Министерством труда и социальной защиты РФ, с ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, с Фондом социального страхования РФ, с ведущими всемирно известными компаниями-производителями средств ухода за стомой «Колопласт», «КонваТек» и средств ухода за лежачими больными «Пауль Хартманн».

Брошюра может стать индивидуальным информационно – консультативным и психологическим помощником для стомированного пациента и его близких.

Выписали из больницы, а нитки на шве остались. Надо ли их удалять и когда, где?	23
Как понять — впалая (втянутая) стома, ретракция стомы и какими калоприемниками или уроприемниками надо пользоваться при такой ситуации?	23
Какие бывают осложнения стомы? Как поступить, если есть осложнения стомы?	24
Может ли болеть стома?	26
Когда можно увеличить физическую активность после операции?	26
Что лучше, скрывать от всех свою стому или наоборот?	26
Может ли стомированная женщина забеременеть и родить ребенка?	26
Недавно вывели стому. Возможно ли продолжать нормальную сексуальную жизнь после такой операции?	27
Есть ли у стомированных людей ограничения при занятиях спортом?	27
Через какое время после операции по выведению стомы можно принимать душ? Можно ли это делать с калоприемником или уроприемником? Не будет ли он отклеиваться? И как правильно принимать душ – с калоприемником (уроприемником) или без него?	27
Можно ли самостоятельно применять ирригационную систему для опорожнения стомы без назначения врача? Какими калоприемниками при этом лучше пользоваться? Можно ли использовать тампон для стомы?	27
Можно ли стомированному человеку путешествовать?	28
Если стому вывели в связи с онкозаболеванием, можно ли выезжать в южные регионы, такие как Турция, Египет, и так же отдыхать, как раньше?	28
Как можно купаться в море или другом водоеме, чтобы никто не заметил калоприемник или уроприемник? Что сделать, чтобы он не отклеился при купании?	28
Можно ли совмещать виды изделий от разных производителей между собой?	28
Ребенку 2 месяца, и ему вывели стому. Можно ли использовать калоприемники (или уроприемники) в таком возрасте? Какие они бывают?	29
Как правильно пользоваться пастой-герметиком? Наносить ее на кожу или на пластину? Это клей?	29
Как пользоваться пудрой (абсорбирующим порошком) и при каких обстоятельствах?	30

Вопросы, связанные с питанием, и общие рекомендации	30
Существует ли для стомированных пациентов специальная диета? Нужно ли стомированным соблюдать диету?	30
Общие рекомендации по питанию	31
Общие психологические аспекты послеоперационного периода жизни стомированного пациента	32
Смогу ли вернуться к прежнему образу жизни?	32
Социальные права стомированных пациентов и гарантии государства	35
Что означают сокращенные названия ИПРА и ТСР, что это такое, для чего нужно?	35
Кто и где разрабатывает ИПРА и как бесплатно получать ТСР?	35
Как узнать вид ТСР и какое количество ТСР положено по закону при вписывании в ИПРА, какой порядок обеспечения ими?	36
Кто является уполномоченным органом по обеспечению инвалидов ТСР?	37
Как, кто и сколько оплачивает денежные средства за самостоятельно приобретенные Вами ТСР?	38
Какие документы предоставлять для денежной компенсации, если сам приобрел ТСР и какими возможными способами?	38
Могут ли выдать ТСР за прошедший период времени, если долго не предоставляли их?	39
Если стомированный инвалид прописан в одном регионе, а переехал жить в другой регион, то как получать ТСР?	39
Можно ли бесплатно получать ТСР без наличия группы инвалидности и ИПРА?	40
Почему мне отказывают в отделении ФСС РФ по месту жительства в обеспечении ТСР, если уже имел инвалидность по другому заболеванию до стомирующей операции?	40
Можно ли, пока не оформлена группа инвалидности, приобретать самостоятельно ТСР, а затем после оформления инвалидности получить денежную компенсацию?	40
Если выведены две стомы, то как будут обеспечивать ТСР?	40
Какие особенности и какой порядок обеспечения средствами ухода за стомой стомированных пациентов в городе Москве?	41
Как в Москве бесплатно обеспечиваются специальными средствами ухода за стомой стомированные дети?	42

Какой порядок бесплатного обеспечения специальными средствами при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемниками) стомированных инвалидов (взрослых и детей) для регионов России (кроме Москвы)?	43	Приложения	59
Какие основные нормативные правовые акты регламентируют освидетельствование комиссией МСЭ?	44	Приложение № 1. Правила использования бандажа	59
Где проводят комиссию медико-социальной экспертизы?	44	Приложение № 2. Уход за стомой при ретракции. Выравнивание перистомальной области	60
Какой порядок прохождения медико-социальной экспертизы?	45	Приложение № 3. Особенности ухода при перистомальном дерматите	61
Каким образом определяется и устанавливается I, II или III группа инвалидности?	45	Приложение № 4. Список региональных общественных организаций стомированных пациентов	62
Как в процентах оценивается степень выраженности стойких нарушений функций организма человека	46	Приложение № 5. Список кабинетов реабилитации стомированных пациентов	64
Если не согласен с решением комиссии первичного Бюро МСЭ, какой порядок обжалования решений и какова структура Бюро МСЭ?	46	Приложение № 6. Виды ТСП и сроки их использования раздела 21. «Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)» приказов Минтруда России № 86н (Классификация ТСП) и № 85н (Сроки пользования ТСП)	65
Если в последующий период после получения инвалидности и ИПРА произошли изменения со здоровьем, либо изменения стомы, либо поменять один вид ТСП (калоприемника или урприемника), любого средства ухода на другой, как поступать?	46	Приложение № 7. Виды ТСП и сроки их использования раздела 22. «Абсорбирующее белье, подгузники» приказов Минтруда России № 86н (Классификация ТСП) и № 85н (Сроки пользования ТСП)	68
Если отказался от набора социальных услуг, в том числе от лекарственного обеспечения в пользу получения за них денежных средств – будут ли мне выдавать средства ухода за стомой, технические средства реабилитации?	47	Основные правовые акты, необходимые при бесплатном получении специальных средств ухода за стомой (ТСП) и при прохождении комиссии медико-социальной экспертизы (МСЭ) при получении инвалидности	70
Сколько можно находиться на больничном после стомирующей операции, если до этого работали? Как поступить, если больничный, выписанный на период проведения операции, закончился? Как быть до повторной операции по закрытию стомы?	47	Алгоритм действий стомированного пациента в регионах России (кроме Москвы) для бесплатного получения средств ухода за стомой (или получения компенсации за самостоятельно приобретенные ТСП)	71
Гигиена тяжелобольного человека	48	Полезные адреса и телефоны	72
Мытье тела	48		
Проблемы, связанные с кожей	49		
Уход за промежностью	51		
Уход за волосами больного	52		
Риски возникновения осложнений у тяжелобольных	52		
Как можно помочь при расстройствах мочеиспускания	54		
Основные законодательные принципы обеспечения абсорбирующим бельем и подгузниками. Какое количество ТСП положено по закону при вписывании в ИПРА, какой порядок обеспечения ими, как правильно рассчитать потребность	56		

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на успехи медицины, хирургическое лечение многих заболеваний кишки и мочевого пузыря сопряжено с формированием стомы. Такие операции предпринимаются для спасения жизни, когда невозможно поступить другим образом. К сожалению, из-за роста числа такого рода заболеваний количество стомированных пациентов во всем мире увеличивается.

Нам хорошо известно, что многие пациенты, в силу разных обстоятельств оказавшиеся перед необходимостью жить со стомой, испытывают огромные трудности, у них возникают проблемы физического и морального характера, ограничивающие обычную жизнедеятельность, приводящие к изоляции от общества.

Болезни и вызванные ими изменения физиологического состояния нередко меняют отношение человека к происходящему вокруг: проблемы кажутся неразрешимыми, жизнь безысходной.

Не стоит опускать руки и отчаиваться. Любое испытание человек может и должен пройти достойно. Новая жизнь со стомой – это кропотливая работа. А для выполнения любой работы необходимо приобрести навыки.

Вполне естественно, что после операции с формированием стомы у любого человека возникает огромное число различного рода вопросов. Это нормально! Не стесняйтесь их задавать.

Мы надеемся, что данное издание станет для вас хорошим советником в повседневной жизни. Особенность этого информационного пособия состоит в том, что оно написано на основе тех жизненных вопросов, которые задавали сами стомированные люди, а мы их кропотливо собирали на протяжении долгих лет, систематизировали и прорабатывали с компетентными ведущими специалистами.

В этом пособии собраны вопросы и даны ответы на них по основным аспектам жизни любого стомированного человека: по медицинским и социально-бытовым, по правовым взаимоотношениям с государственными органами здравоохранения и социальной защиты, по психологическим, по питанию, по проблемам при использовании средств ухода за стомой и др.

Особое внимание в представленном пособии уделено особенностям ухода за лежачими больными с применением инновационных средств.

Другая особенность этого издания в том, что оно структурировано нестандартно по содержанию. Обратите внимание, что само содержание представляет собой тот самый перечень волнующих всех вопросов. Вы по указанному номеру страницы очень быстро найдете конкретный ответ на свой вопрос.

Мы полагаем, что вы найдете большинство ответов на волнующие вас вопросы. А если не найдете, то мы ждем Ваши вопросы на нашем Первом информационном портале в России для стомированных людей www.astom.ru в разделе профессиональных специалистов «Стомакабинет» и «Инкокабинет», принимающих в онлайн режиме.

Выражаем глубокую благодарность компаниям-производителям средств ухода за стомой «КОЛОПЛАСТ», «КОНВАТЕК» и компании-производителю средств ухода за больными «ПАУЛЬ ХАРТМАНН» за финансовую и информационную поддержку по изданию этого социально важного пособия для стомированных пациентов.

Понятие о стоме, средствах и принципах ухода за стомой, о жизни со стомой

Что такое стома? Какой она может быть?

Термин «стома» обозначает хирургически созданное отверстие, соединяющее просвет внутреннего органа с поверхностью тела. Существуют различные виды стом, которые называются по органам, на которые они наложены.

Чаще всего стомы накладывают на кишку или органы мочеотделения. Поэтому в нашей книге определения будут связаны только с этими видами стом.

Стома — это отверстие кишки, сформированное хирургическим путем после удаления части кишечника или мочевого пузыря, выведенное на переднюю брюшную стенку, предназначенное для отведения содержимого кишечника или мочи.

Стома не имеет замыкательного аппарата, поэтому стомированные пациенты не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения. Стома лишена и болевых нервных окончаний, поэтому боль не чувствуется. Возникающие болевые ощущения, жжение или зуд могут быть связаны с раздражением кожи вокруг стомы или с усиленной перистальтикой (работой) кишечника.

Необходимость в стоме возникает тогда, когда кишечник или мочевой пузырь не способны функционировать. Причиной этого может служить врожденный дефект, болезнь или травма.

Кишечную стому иногда называют противоестественным задним проходом, так как опорожнение кишечника осуществляется не через естественный задний проход, а через отверстие, сформированное на передней брюшной стенке.

Стомы различают:

По месту наложения стомы:

• **ИЛЕОСТОМА** — если выведен участок тонкой (подвздошной) кишки, располагается в правой подвздошной области, многократные выделения жидкого кала, содержащего в большом количестве переваривающие ферменты и оказывающего раздражающее действие на кожу вокруг стомы.

• **КОЛОСТОМА** — если выведена толстая кишка, подразделяется по названию выведенного участка толстой кишки на:

— **цекостому**, располагается в правой подвздошной области, выводится слепая кишка, и т.к. она следует непосредственно за тонкой кишкой, то выделения аналогичные как при илеостоме;

— **трансервостому**, может располагаться в правом или левом подреберье, а также по средней линии живота выше пупка, формируется из поперечной ободочной кишки, выделения кашецеобразные, частые и быстро раздражающие кожу вокруг стомы;

— **сигмостому**, располагается в левой подвздошной области, выводится сигмовидная кишка, и через сигмостому кал выделяется, как правило, один-два раза в сутки, полуоформленный по консистенции.

• **УРОСТОМА** — обобщенное название вывода мочи, по назначению и способу формирования подразделяется на:

— **илеоконduit (урорезервуар)** — если моча выводится из организма через тонкокишечный конduit (урорезервуар);

— **уретерокутанеостому** — если выведенные 1 мочеточник или 2 мочеточника;

— **нефростому** — если моча выводится непосредственно из почки с помощью специального катетера через отверстие в поясничной области;

— **эпицистостому** — если моча выводится из мочевого пузыря с помощью специального катетера через отверстие над лобком.

По количеству стволов (концов выведенной кишки):

- **одностволевые**
- **двустволевые**

По форме выведенной кишки:

- **«столбиком» (выпуклые)**
- **плоские**
- **втянутые**
- **круглые**
- **овальные**
- **неправильной формы**

По прогнозируемой возможности восстановительной операции:

- **постоянные**
- **временные**

Что такое калоприемники и уроприемники, мочеприемники?

Калоприемники и уроприемники — это специальные устройства, фиксирующиеся (клеящиеся) на теле пациента, предназначенные для сбора кишечного содержимого или мочи и устранения их агрессивного воздействия на кожу.

Мочеприемник — это устройство для сбора мочи при использовании мочевых катетеров или уропрезервативов. Мочеприемник также может с помощью специальных трубок прикрепляться к уроприемнику с целью более редкого опорожнения стомного мешка. Существуют ножные и ночные мочеприемники, различающиеся объемом.

Какие бывают калоприемники и уроприемники?

1. Однокомпонентные калоприемники или уроприемники — представляют собой стомный мешок со встроенной адгезивной (клеевой) пластиной (рис. 1).

Однокомпонентные калоприемники могут быть дренируемыми (открытыми) (рис. 1). Однокомпонентные калоприемники (дренируемые) имеют конструкцию со специальным отверстием внизу мешка, закрываемым зажимом, что позволяет опорожнять его по мере наполнения. Используются пациентами с илеостомой — стул жидкий, опорожнение кишечника неконтролируемое и многократное.

Пациенты с колостомой также могут пользоваться дренируемыми мешками. Однокомпонентные дренируемые калоприемники следует регулярно опорожнять при наполнении на 1/3 мешка и менять каждый день.



Рис. 1

2. **Недренируемые (закрытые) однокомпонентные калоприемники** могут использоваться только пациентами с колостомой — когда стул оформлен и опорожнения происходят 1–2 раза в сутки. Однокомпонентные недренируемые калоприемники следует менять после каждого опорожнения, то есть 1–2 раза в сутки (рис. 2).



Рис. 2

Двухкомпонентный калоприемник (рис. 3) представляет собой комплект, состоящий из двух частей — адгезивной (клеевой) пластины и стомного мешка. Пластины и стомные мешки имеют специальные фланцы для соединения друг с другом. При подборе двухкомпонентной системы необходимо соответствие фланца мешка и фланца пластины. Производители предлагают различные системы фланцевых соединений: механическое (фланец мешка надевается на фланец пластины, или мешок крепится на фланце пластины с помощью фланцевого кольца-защелки (рис. 3) и адгезивное (фланец мешка приклеивается к фланцу пластины (рис. 4).



Рис. 3



Рис. 4

В двухкомпонентных калоприемниках аналогично однокомпонентным стомные мешки могут быть дренируемыми (открытыми) (рис. 3, 4) или недренируемыми (закрытыми) (рис. 5).



Рис. 5

У современных калоприемников адгезивные пластины имеют гипоаллергенную гидроколлоидную основу, которая предохраняет кожу, обладает защитными и клеящими свойствами. Пластины могут иметь различную форму: круглую, овальную, квадратную; пластины могут быть полностью гидроколлоидными (гидроколлоидный адгезив нанесен на всю поверхность пластины) или иметь окантовку из нетканого клейкого материала (рис. 6), а также они могут быть плоскими (рис. 6) и конвексными (вогнутыми) (рис. 7).

Конвексные пластины (рис. 7) имеют различную величину вогнутости. Эти пластины предназначены для пациентов с втянутыми стомами, а также стомами, находящимися между кожными складками или на уровне кожи.



Рис. 6



Рис. 7

Уроприемники (мочеприемники) принципиально отличаются от калоприемников только конструкцией мешка. Мешок в уроприемниках с возвратно пропускным (антирефлюксным) клапаном, благодаря которому моча не может подняться и попасть обратно в уростому. Мешок в уроприемниках снабжен снизу удобным закрывающим устройством для выпуска мочи. При необходимости уроприемник можно соединить с помощью переходника с ночным или ножным мочеприемником.

Однокомпонентные (рис. 8) и двухкомпонентные уроприемники аналогичны (рис. 9) видам калоприемников. Но не бывает уроприемников с закрытыми (недренируемыми) мешками. Все уростомные мешки обязательно снабжены сливным устройством.



Рис. 8



Рис. 9

Пластины уроприемников конструктивно повторяют пластины калоприемников и бывают плоскими (рис. 8, 9) и конвексными (вогнутыми) (рис. 10).



Рис. 10

Для новорожденных детей и детей первого года жизни со стомами кишечника или мочеточника существуют специальные уменьшенные аналогичные модели калоприемников и уроприемников (рис. 11).



Рис. 11

Что такое специальные вспомогательные средства ухода за стомой и аксессуары? Какие они бывают?

Кроме калоприемников и урприемников существуют специальные вспомогательные средства ухода за стомой и аксессуары. К ним относятся:

- **паста-герметик** — для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в тубе (рис. 12)



Рис. 12

- **паста-герметик** — для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в полосках (рис. 13)



Рис. 13

- **защитный крем** — используется для защиты кожи от воздействия вредных выделений из стомы (рис. 14)



Рис. 14

- **пудра (порошок) абсорбирующая** — для защиты и лечения только мокнущей и эрозированной кожи вокруг стомы (рис. 15)



Рис. 15

- **защитная пленка** — защищает кожу от агрессивного воздействия мочи и кала (рис. 16)



Рис. 16

- **очиститель для кожи** — очищающее средство для обработки кожи вокруг стомы (рис. 17)



Рис. 17

- **абсорбирующие желирующие пакетики для стомных мешков** — предназначены для сгущения жидкого отделяемого из стомы, способствуют устранению запаха и газов (рис. 18)



Рис. 18

• **адгезивная пластина-полукольцо** — для дополнительной фиксации пластин калоприемников и уроприемников (рис. 19)



Рис. 19

• **адгезивная пластина** — "кожный барьер" — моделируемый влагопоглощающий барьер, предназначен для защиты кожи от неблагоприятного воздействия агрессивных выделений (рис. 20)



Рис. 20

• **защитные кольца для кожи вокруг стомы** — используются для защиты перистомальной кожи, выравнивания существенных неровностей вокруг стомы (рис. 21)



Рис. 21

• **тампон для стомы** — используется только пациентами с колостомами (сигмостомами) (рис. 22)



Рис. 22

• **пояс для калоприемников и уроприемников** — применяется для дополнительной фиксации калоприемника или уроприемника (рис. 23)



Рис. 23

Все перечисленные средства ухода за стомой: однокомпонентные и двухкомпонентные калоприемники, уроприемники (мочеприемники), вспомогательные средства и аксессуары относятся к категории «Специальные средства при нарушениях функций выделения», являются видами технических средств реабилитации.

Почему нельзя обойтись без стомы? Это навсегда или возможно убрать этот вывод?

Необходимость в формировании стомы возникает тогда, когда кишечник или мочевой пузырь не способны функционировать. Причиной этого может служить врожденный дефект, болезнь или травма.

Будет стома временной или постоянной, во многом зависит от основного заболевания, а также от многих других факторов: возраста человека, сопутствующих заболеваний, осложнений после операции. Получить четкий ответ по поводу возможности ликвидации стомы можно у оперирующего хирурга или на консультации у специалистов по реабилитации стомированных пациентов.

После операции была выведена кишка большого размера. Теперь, спустя два месяца стома стала меньше, но двигается. То выходит вдруг наружу, то обратно уходит. Это нормально?

Изменение стомы – это часть естественного процесса заживления. Эти изменения происходят в две последовательные стадии:

1. В раннем послеоперационном периоде происходит так называемое «созревание стомы». Сразу после операции стома отечная, интенсивно красного цвета, легко кровоточит. Постепенно происходит формирование рубца вокруг стомы, кишка становится меньше, обычно розово-красного цвета, заживают и другие послеоперационные раны. Этот период длится в среднем от 3 до 6 недель;

2. Стадия «зрелой» стомы. Она становится своего постоянного размера. Стома непрерывно то чуть увеличивается, то чуть уменьшается. Это происходит вследствие мышечного сокращения стенки выведенной кишки, и это нормально.

На протяжении жизни могут происходить изменения стомы. Некоторые могут быть небезобидными, иногда даже требующие хирургической коррекции. Если Вы вдруг обнаружите, что Ваша стома становится втянутой или выпадает, появилось сильное раздражение кожи вокруг стомы – обязательно обратитесь к хирургу или в кабинет реабилитации стомированных пациентов.

Вывели стому на живот.

Как я смогу справиться с уходом за стомой самостоятельно?

Что теперь делать?

С помощью врачей, медицинского персонала, ваших близких Вы сможете научиться обслуживать себя, ведь это не так уж сложно. Старайтесь все делать самостоятельно. Сначала научитесь опорожнять мешок, потом правильно его отклеивать (сверху вниз, без резких рывков), очищать кожу вокруг стомы, приклеивать калоприемник. Освоив навыки по уходу за стомой, Вы сможете вернуться к привычному образу жизни, к работе, активному отдыху, занятиям спортом.

Что необходимо приготовить для проведения замены калоприемника или уроприемника?

Очень важно научиться самостоятельному уходу за стомой. Необходимо регулярно производить гигиенический туалет стомы, и надо понимать, что это не перевязка, что стома – не рана, и не нужно никаких специальных, а тем более стерильных условий для ухода за стомой и кожей вокруг неё. Пациент может всё делать самостоятельно и без перчаток. Не бойтесь трогать стому. Перед тем, как производить замену калоприемника или уроприемника, приготовьте средства по уходу за стомой и все необходимое:

1. *зеркало (для удобства)*
2. *ножницы, лучше с загнутыми концами*
3. *измеритель стомы и/или трафарет на вашу стому*
4. *ручку или карандаш*
5. *полиэтиленовый пакет для утилизации использованного кало-/уроприемника*
6. *мыло для рук*
7. *новый одно- или двухкомпонентный кало-/уроприемник*
8. *мягкие салфетки (бинт, марлю, туалетную бумагу)*
9. *вспомогательные средства ухода за стомой и аксессуары (паста-герметик, крем защитный, очиститель и др.).*

Будет удобно, если эти предметы сложить в одном месте, чтобы ничего не искать. В тех случаях, когда надо выехать из дома и возможно придётся сменить калоприёмник или уроприемник, приготовьте те же предметы в отдельный пакет и возьмите с собой.

Как производить замену калоприемника или уроприемника?

Производить замену калоприёмника или уроприемника следует стоя или сидя (предпочтительнее стоя) перед зеркалом, чтобы можно было лучше видеть стому. Время для замены калоприёмника лучше выбрать утром перед едой и/или вечером перед сном. Не рекомендуется проводить замену калоприёмника сразу после еды!

Если пациент лежит, приготовьте непромокаемую пеленку, чтобы накрыть ей постельные принадлежности. Далее вымойте руки с мылом. Если вы уже пользуетесь кало-/уроприемниками, то осторожно удалите калоприемник или уроприемник и выбросьте его в специально приготовленный герметичный пластиковый пакет.

Если Вы используете дренируемые или уростомные мешки, сначала опорожните их содержимое в унитаз.

Использованные калоприёмники или уроприемники в унитаз не выбрасывать!

Обработайте кожу очистителем для кожи. Если у Вас его нет, то промойте стому и кожу вокруг нее теплой водой с детским мылом. Делайте это круговыми движениями, постепенно приближаясь к стоме. Для этого можно использовать мягкие салфетки. Не бойтесь трогать стому руками. Нельзя пользоваться ватой, так как оставшиеся на коже или стоме волокна ваты могут вызвать раздражение, а также будут препятствовать герметичному наклеиванию калоприемника или уроприемника.

При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать антисептические растворы, алкоголь, спирт, эфир и др. Это все сушит кожу, удаляет ее естественный защитный барьер и делает ее более уязвимой для проникновения бактерий и механических повреждений. Более того, если есть ранки и раздражение, то вызовет очень болезненные ощущения.

Просушите кожу промокающими движениями мягким полотенцем или марлевой салфеткой. Если возможно (если нет постоянного выделения кала), позволяйте коже вокруг стомы высохнуть естественным путем на воздухе.

Если на коже живота вокруг стомы имеются волосы, их следует удалить, осторожно подрезав ножницами или осторожно сбрив (лучше женским бритвенным станком). Не пользуйтесь кремами-депиляторами, они могут вызвать раздражение.

Кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Она должна быть неповрежденной, чистой и сухой. На состояние кожи вокруг стомы влияют такие факторы, как уход за стомой, индивидуальные особенности кожи, а также диета и лечение.

Чтобы сохранить кожу здоровой, рекомендуется следовать следующим правилам:

- *правильно подобрать тип калоприемника;*
- *отверстие, вырезаемое под стому, должно соответствовать форме и размеру (диаметру) стомы;*
- *регулярно опорожнять и менять кало-/уроприемник;*
- *не допускать протекания кишечного содержимого или мочи под пластину. Прилегание пластины должно быть плотным и герметичным;*
- *регулярно ухаживать за кожей;*
- *для удаления остатков пасты или защитной пленки использовать специальный очиститель для кожи вокруг стомы или очищающие салфетки;*
- *если на коже вокруг стомы имеются неровности, следует применять пасту-герметик для выравнивания кожи;*
- *если Вы почувствуете жжение и зуд, заметите покраснение кожи, появление пузырьков или язвочек, незамедлительно выясните проблему и примите меры, ее устраняющие, при необходимости обратитесь к врачу.*

Основное правило: кожа вокруг стомы перед наклеиванием калоприемника или уроприемника должна быть чистой и сухой.

Никогда не используйте для протирания кожи вокруг стомы или удаления остатков адгезива никаких растворов и жидкостей, содержащих алкоголь, эфир, жидкое мыло. Все это может вызвать раздражение, сухость кожи, аллергическую реакцию, а также ухудшить прилипание калоприемника или уроприемника.

Как наклеивать калоприемник или уроприемник?

1. Используя специальный шаблон со стандартными отверстиями, выберите размер отверстия, соответствующий размерам Вашей стомы (рис.24).

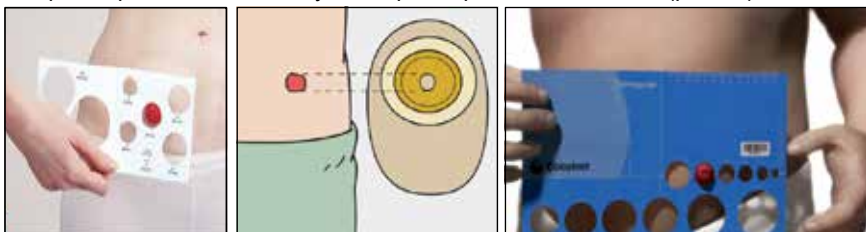


Рис. 24

При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы с тупыми концами во избежание повреждения мешка). Размер вырезанного отверстия в пластине калоприемника или уроприемника должен соответствовать форме и размеру стомы, он не должен превышать размер стомы более, чем на 1-2 мм. Если размер будет больше, то большая часть кожи вокруг стомы будет подвержена попаданию едких выделений из стомы, что приведет к сильному раздражению кожи. Если размер будет меньше, края вырезанного отверстия будут подходить вплотную к стоме и могут ее поранить, также выделения из стомы быстрее попадут под пластину, сократив срок использования кало-/уроприемника и также будет раздражение кожи.

2. Наложите шаблон с вырезанным отверстием на защитную пленку/бумагу гидроколлоидного покрытия пластины кало-/уроприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обведите карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия (рис.25).



Рис. 25

3. Вырежьте отверстие в клеевом слое пластины по нанесенному контуру. Если используете однокомпонентный кало-/уроприемник, следите за тем, чтобы не прорезать мешочек калоприемника или уроприемника насквозь (рис.26).



Рис. 26

4. Нагрейте пластину кало-/уроприемника до температуры тела, поместив его на несколько минут в подмышечную впадину или между ладоней.

5. Снимите с пластины кало-/уроприемника защитное бумажное/пленочное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместите нижний край вырезанного отверстия пластины с нижней границей стомы. Если стома не видна, можно использовать зеркало (рис.27).



Рис. 27

6. Начиная с нижнего края пластины кало-/уроприемника, приклейте ее к коже, следя, чтобы на клеевой пластине не образовались складки, что может привести к негерметичности калоприемника или уроприемника (рис.28).



Рис. 28

Рис. 29

7. Приклеивайте пластину кало-/уроприемника к коже в течение 1-2 минут, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, приглаживая пальцами (рис.29).

8. Снятие калоприемника или уроприемника производится в обратном порядке, начиная с верхнего края.

ВНИМАНИЕ: Во избежание отрыва калоприемника или уроприемника не следует допускать его переполнения. Для предупреждения травмирования кожи не надо снимать калоприемник или уроприемник рывком, с использованием механических средств, химических растворителей. Вовремя меняйте (опорожняйте) мешки калоприемника, не допуская попадания кишечного содержимого под клеевую основу пластины. При возникновении чувства жжения под клеевой основой пластины обязательно выясните причину, при необходимости обратитесь к врачу.

Когда надо менять калоприемник или уроприемник?

Смену калоприемника или уроприемника следует производить, не дожидаясь его самопроизвольного отклеивания от тела во избежание неприятных ситуаций в виде выхода содержимого наружу.

Наряду с установленными общими законодательными нормами использования, указанными в Приказе Минтруда России от 13 февраля 2018 г. № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены», в пункте 21 «Специальные средства при нарушениях функции выделения (моче- и калоприемники)», у каждого стомированного пациента своя индивидуальная норма использования. Это достигается только с личным опытом.

Какие проблемы могут быть при использовании калоприемников или уроприемников?

- Аллергические реакции на клеевой слой пластины.
- Раздражение и мокнущие раны кожи вокруг стомы (как правило, из-за неправильного ухода за кожей или большего, чем необходимо, размера вырезаемого отверстия, протекания выделений из стомы под пластину кало- или уроприемника, или резкой смены кало- или уроприемника).
- Грибковые инфекции (как правило, связаны с угнетением иммунной системы, на фоне химио- или лучевой терапии, при сахарном диабете и лечении большими дозами антибиотиков).

Какие наиболее частые причины негерметичности калоприемников или уроприемников?

1. Плохое приклеивание клеевой пластины к коже возле стомы. Удостоверьтесь, что кожа возле стомы чистая и сухая. Погрейте пластину, прижав к коже теплой рукой (лучше перед наклеиванием), и подержите минуту-другую для лучшего ее приклеивания.
2. Неправильно подобранный размер отверстия в пластине калоприемника или уроприемника. Если размер Вашей стомы изменился (например, в результате изменения массы тела или спала ее отечность) и Вы не изменили соответствующим образом размер вырезаемого отверстия, это может привести к подтеканию содержимого под клеевую основу пластины и приводить к негерметичности.
3. Изгибы поверхности кожи или складки, ямки, остатки ниток послеоперационного шва в месте наклеивания пластины кало-/уроприемника. Проконсультируйтесь у Вашего врача относительно смены типа калоприемника или применения специальных вспомогательных средств ухода за стомой (паста-герметик в кольцах, полосках и др.).
4. Раздражение кожи вблизи стомы. Раздражение кожи вокруг стомы может быть причиной плохого приклеивания калоприемника. Проконсультируйтесь у Вашего доктора, чтобы выяснить причину раздражения кожи, не дожидаясь серьезных осложнений, требующих длительного лечения.
5. Не подходящий выбранный вид пластины калоприемника или уроприемника по отношению вида стомы. Например, если стома в ямке, вровень или ниже поверхности кожи, то нельзя использовать плоскую пластину, т.к. все содержимое всегда будет выделяться из стомы под пластину, вызывая сильное раздражение и пробивать пластину наружу. Использовать в такой ситуации только выпуклую (конвексную) пластину.
6. Неподходящий угол мешка при наклеивании кало-/уроприемника. Если мешок ориентирован неправильно, то сам вес содержимого кало-/уроприемника может создавать закручивающее усилие на клеевую пластину и способствовать быстрому ее отклеиванию. Угол направления мешка индивидуален и требует подбора.
7. Нерегулярное опорожнение мешка кало-/уроприемника. Обычно калоприемник или уроприемник опорожняется, когда его содержимое занимает от трети до половины объема. Несоблюдение этого правила может приводить к попаданию содержимого под клеевую основу пластины и ее отклеиванию.
8. Чрезмерное вздутие мешка калоприемника при повышенном газообразовании. Частое явление при отсутствии угольного фильтра на мешке калопри-

емника, либо забитие угольного фильтра мешка изнутри содержимым мешка. Необходимо следить за наполнением мешка калоприемника выделяемыми из кишки газами, не доводить до образования «надувного шарика», вовремя опорожнять мешок. Также регулировать стул диетой путем отказа приема в пищу газообразующей еды и напитков.

9. Повышенная температура. Значительное повышение температуры тела или окружающего воздуха может приводить к изменению структуры клеевого слоя. Такие ситуации могут возникать в результате пребывания в очень жарком месте (например, в сауне) или при заболеваниях, сопровождающихся высокой лихорадкой. В таких ситуациях необходима более частая смена калоприемников или уроприемников.

10. Ненадлежащие условия хранения калоприемников или уроприемников. Их необходимо хранить в сухом прохладном месте, не допускать попадания на них влаги, долгого нахождения при низкой температуре.

11. Использование старых, просроченных калоприемников или уроприемников. Следите за их сроком годности и не делайте излишних запасов.

Что делать, если происходит вздутие мешка калоприемника?

Вздутие происходит при накоплении выделяемого кишечной газом в калоприемнике, т. е. мешок надувается, как воздушный шар. Многие калоприемники оснащены угольными фильтрами, которые удаляют из мешка излишки газа и нейтрализуют запах. Также можно использовать специальный нейтрализатор запаха вовнутрь мешка калоприемника. Недостаточная эффективность фильтра или повреждение фильтра влагой и каловыми массами может привести к накоплению газов в калоприемнике.

Лучший способ предотвратить вздутие мешка – минимизировать объем газа, который производит пищеварительная система. Для этого тщательно пережевывайте пищу, не употребляйте продукты и напитки, вызывающие повышенное газообразование. Например: орехи, фасоль, газированные безалкогольные напитки или вина.

Если Вы пользуетесь однокомпонентными дренируемыми или двухкомпонентными калоприемниками, то при вздутии мешка излишки газа можно выпустить в туалете. Своевременная замена калоприемника также может предотвратить вздутие мешка. И наконец, возможно, стоит попробовать другой калоприемник с более эффективным фильтром.

Если вы используете дренируемые стомные мешки, то при жидком, неоформленном стуле, применение абсорбирующих желирующих пакетиков-саше, которые помещаются в сборный мешок калоприемника (таких как КонваТек «Даймондс») будет переводить содержимое в гелеобразное состояние и способствовать устранению нежелательных запахов и газов. При этом снижается вероятность протечек, сводится к минимуму появление посторонних звуков, сборный мешок становится менее заметным под одеждой.

Что делать, если происходит слипание стенок мешка калоприемника?

Слипание стенок мешка происходит при образовании вакуума внутри мешка. Слипание приводит к накоплению кала в верхней части мешка, что может повредить (заблокировать) фильтр. При этом мешок может отклеиться.

Перед приклеиванием калоприемника, чтобы предотвратить слипание стенок мешка, немного надуйте мешок. Также можно капнуть в мешок калоприемника масло или лубрикант, что сделает стенки мешка скользкими и поможет каловым массам быстро попадать на дно мешка.

Операция после удаления мочевого пузыря завершилась уретерокутанеостомией. Как правильно ухаживать за такой уростомой? Образовались солевые отложения на выходе мочеточников наружу. Как с этим быть?

В некоторых случаях хирург для создания уростомы может вывести мочеточники непосредственно на брюшную стенку, подшивая их к коже через сегмент подвздошной кишки между мочеточником и кожей.

Уретерокутанеостома (вид уростомы) требует ношения уроприемника, так как вокруг отверстия уретеростомы отсутствуют мышцы, контролирующие поток мочи.

Уретерокутанеостома бывает одноконцевая, двухствольная, иногда ее выводят в виде двух уростом, когда оба мочеточника непосредственно связаны с брюшной стенкой.

Система уроприемника может быть однокомпонентной, когда мешочек и клейкая пластина связаны едино между собой или двухкомпонентной, то есть состоять из двух частей – клейкой пластины, которая наклеивается на кожу, и внешнего резервуара (мешочка), соединяемого с пластиной при помощи фланца.

Перед заменой уроприемника необходимо тщательно обработать кожу. Для очищения и дезинфекции кожи специалисты по уходу за уростомой рекомендуют пользоваться специальным очистителем для кожи (клинзером), нанося его при помощи мягких бумажных салфеток, а не марли или ваты. Для ухода за кожей целесообразно использовать специальные средства: защитную пленку, обеспечивающую защиту кожи от контакта с мочой и механического травмирования кожи при отклеивании уроприемника. Другие средства ухода за кожей следует использовать при необходимости, после консультации с медицинским специалистом.

Отложение солей на коже вокруг уретеростомы (инкрустация) – довольно частое явление, поэтому по поводу необходимо обратиться к оперировавшим хирургам, так как иногда приходится иссекать поврежденный участок кожи. Иногда бывает эффективным применение 2,5% уксусной кислоты на инкрустированный участок кожи, но делать это должен врач или специально обученная медсестра. С целью профилактики солеобразования рекомендуется пить фруктовые кислые соки, клюквенный морс, принимать витамин С (аскорбиновую кислоту). Но и по этому поводу необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

Несмотря на сложности, можно поддерживать сексуальные отношения со своим партнером. Лечащий врач подскажет, когда можно безопасно возобновить сексуальную активность после уростомии.

Нужен ли послеоперационный бандаж?

Сколько времени его носить? Как правильно выбрать бандаж?

Ношение бандажа целесообразно в первые 2–3 месяца после операции. Если Вы перенесли несколько повторных операций, у Вас избыточный вес, организм плохо восстанавливается на фоне химиотерапии или лучевой терапии, тогда возможно ношение бандажа до полугода. Так как в эти сроки окончательно формируется послеоперационный рубец. Бандаж надевается в положении лежа, поверх калоприемника. Вырезание отверстия в проекции самой стомы абсолютно недопустимо. Правила ношения бандажа смотрите в **Приложении №1. Правила использования бандажа.**

Буду ли я теперь чувствовать, когда идти в туалет?

У меня стома сама по себе «живет». Все время неожиданность! Как же я пойду на работу, и, вообще, как выходить из дома теперь?

У стомы нет замыкательного аппарата как в анусе у прямой кишки, поэтому Вы не будете чувствовать позыва на дефекацию, кал и газы будут отходить спонтанно. Вы не сможете управлять этим процессом. Однако, получив необходимые консультации по уходу за стомой и современные калоприемники, Вы справитесь с этой новой для Вас особенностью самогигиены и быта.

Современные калоприемники будут компенсировать утраченные после операции функции, содержимое кишки (кал и газы) будет надежно изолировано в герметичном стомном мешке, который Вы будете опорожнять или выбрасывать. Эти калоприемники компактны, незаметны под одеждой.

На характер стула и газообразование можно повлиять диетическими мероприятиями.

Выписали из больницы, а нитки на шве остались.

Надо ли их удалять и когда, где?

Кожно-кишечный шов формируется в течение 10-14 дней, и после этого швы обычно снимают. Обратитесь либо в больницу, где делали операцию, либо в поликлинику по месту жительства, хирург или перевязочная сестра удалят нити.

Как понять – впалая (втянутая) стома, ретракция стомы и какими калоприемниками или уроприемниками надо пользоваться при такой ситуации?



Фото 1

На *фото 1* изображена именно такая стома – впалая, втянутая, в воронке. Калоприемниками или уроприемниками с плоской пластиной как одно-, так и двухкомпонентными при такой ситуации пользоваться нельзя. Они противопоказаны. Из-за этого такие калоприемники или уроприемники долго не держатся, начинают быстро отклеиваться и происходит сильное раздражение кожи вокруг стомы.

Ретракцией стомы называют втяжение стенки кишки ниже уровня кожи. Факторами, способствующими ретракции стомы, являются особенности хирургической техники, очень часто – прибавление в весе.

В данном случае необходимо использовать калоприемники или уроприемники с конвексной (выпуклой) пластиной (*рис.30*).



Рис. 30

Как оптимально ухаживать за такой стомой смотрите в **Приложении №2. Уход за стомой при ретракции. Выравнивание перистомальной области.**

Какие бывают осложнения стомы?

Как поступить, если есть осложнения стомы?

Нередко стомированным больным приходится сталкиваться с различными видами осложнений, связанных с наличием и функционированием стомы кишечника или мочеоточника на брюшной стенке. Эти осложнения становятся причиной серьезного беспокойства больных, поэтому остановимся на них подробнее.

Раздражение кожи в зоне наложения стомы (перистомальный дерматит).

Дерматит наблюдается довольно часто, является следствием механического раздражения (частая смена калоприемников, неосторожная обработка кожи), или химического воздействия кишечного отделяемого или мочи (протекание под пластину, плохо подобранный, негерметичный калоприемник). Его проявления: покраснение, пузырьки, трещинки, мокнущие, сочащиеся язвочки на коже возле стомы (пример на *фото 2*).



Фото 2.

Раздражение кожи вызывает зуд, жжение, иногда сильные боли.

Возможна аллергическая реакция кожи на клейкий слой пластины калоприемника или уроприемника и, может, на вспомогательные средства по уходу за стомой. Если она очень выражена, следует отказаться от применения изделий данного производителя и попробовать применить изделия другого производителя. У всех производителей своя формула состава вещества клейкого слоя пластины. Решить вопрос выбора типа калоприемника или уроприемника поможет врач или специально обученная медсестра.

Нередко причиной кожных осложнений бывает просто недостаточный уход за кожей в зоне наложения стомы. В случае раздражения кожи вокруг стомы необходима консультация колопроктолога, хирурга, специально обученной по уходу за стомой медсестры (стоматерапевта) и дерматолога.

Как ухаживать за стомой при наличии перистомального дерматита смотрите в **Приложении № 3. Особенности ухода при перистомальном дерматите.**

Кровотечение из стомы

В большинстве случаев оно вызвано повреждением слизистой оболочки кишки вследствие неаккуратного ухода за стомой или использования грубых материалов. Край тесного отверстия в пластине, жесткий фланец калоприемника (уроприемника) также могут травмировать кишку и вызвать кровотечение. Кровотечение, как правило, прекращается самопроизвольно. Но если оно затяжное и обильное, необходимо обратиться к врачу.

Сужение (стеноз)

Стома должна быть проходима, свободно пропускать указательный палец. Сужение (пример на *фото 3*) обычно вызвано воспалением в зоне стомы в раннем послеоперационном периоде. Если сужение достигает степени, меша-

ющей опорожнению кишки, необходимо сделать операцию с целью расширения отверстия. При сужении стомы не следует принимать слабительные без консультации хирурга!



Фото 3.



Фото 4.

Втянутость стомы (ретракция)

Это втяжение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное (см. на *фото 1*). Наличие воронкообразного углубления значительно затрудняет уход за стомой и требует применения специальных двухкомпонентных калоприемников с конвексной (вогнутой) пластиной (*рис. 31*) и дополнительных средств ухода (специальные пасты в различных исполнениях для выравнивания поверхности кожи и ее защиты). В случае неэффективности этих мероприятий предпринимают хирургическое лечение.

Выпадение стомы (пролапс)

Небольшое (3-4 см) выпадение слизистой кишки встречается довольно часто (*фото 4*), но, как правило, не сопровождается нарушением состояния пациента и функции стомы.



Фото 5.



Полное выпадение всех слоев кишечной стенки нарушает функцию опорожнения, затрудняет уход за стомой, может привести к ущемлению кишки. Выпадение увеличивается в положении стоя, при кашле, при физической нагрузке. В лежачем положении оно иногда вправляется; выпавшую кишку в большинстве случаев можно вправить обратно рукой. В случае повторного или постоянного выпадения необходимо обратиться к врачу, а при ущемлении – немедленно!

Гипергрануляции в области стомы

Иногда на границе между кожей и слизистой оболочкой образуются полиповидные выросты, которые легко кровоточат. Обычно они небольшие, диаметром несколько миллиметров. Возможно появление на слизистой оболочке белесоватых, кровоточащих пузырьков. Во всех подобных случаях необходимо обратиться к врачу.

Грыжа в зоне наложения стомы

Грыжа в зоне наложения стомы (парастомальная грыжа) – выпячивание внутренних органов вокруг стомы из-за слабости мышечного слоя брюшной стенки в месте выведения стомы (см. на *фото 5*). Это частое осложнение при колостоме, при илеостоме оно встречается реже. Риск появления грыжи увеличивается

при ожирении, а также при длительном кашле. Пациенты даже с небольшими размерами грыжи могут испытывать боли, запоры, затруднения при пользовании калоприемниками.

Парастомальная грыжа может ущемиться, в таких случаях лечение только хирургическое. В качестве профилактики этого осложнения в первое время после операции (2-3 месяца) пациенты носят специально подобранный эластичный бандаж. Бандаж используют при парастомальной грыже и выпадении кишки в случае невозможности проведения хирургического лечения из-за сопутствующих заболеваний.

Проблемы, осложнения и их профилактика у пациентов со стомами мочевых путей (уростомами) аналогичны тем, с которыми сталкиваются пациенты с кишечными стомами.

Может ли болеть стома?

Болезненные ощущения в области стомы могут быть, но это болит не стома, так как в стенке кишки нет болевых нервных окончаний. Как правило, боль и чувство жжения – следствие раздражения кожи вокруг стомы, не исключено такое проявление парастомальной грыжи. В любом случае, необходимо обратиться к своему хирургу или в кабинет реабилитации стомированных больных, если Вас беспокоят боли в области стомы.

Когда можно увеличить физическую активность после операции?

Увеличение физической активности зависит от сроков после операции, особенностей проведения операции. По этому поводу лучше посоветуйтесь с Вашим оперирующим хирургом.

Что лучше, скрывать от всех свою стому или наоборот?

В случае, если Вы живете большой семьей в одной квартире, вряд ли можно скрыть, что Вы стомированный. Нужно объяснить всем членам семьи, что после операции Вам нужно по-другому вести гигиенический уход за собой, при необходимости попросить помощи. Главное, постарайтесь не стесняться этого, ведь все в семье заинтересованы в соблюдении гигиены.

Если Вы живете в отдельной квартире, не нуждается в помощи при уходе, то можно и не рассказывать все подробности родственникам и друзьям, разве что самым близким.

Имейте в виду, что подавляющее большинство людей и не подозревают, что такое «стома», и не всегда нужно раскрывать им все секреты перенесенной Вами операции.

Может ли стомированная женщина забеременеть и родить ребенка?

Если при операции у женщины не затронуты матка и яичники, то нет препятствий для того, чтобы забеременеть. Но прежде, чем принимать такое ответственное решение, следует обязательно посоветоваться со своим хирургом, лечащим врачом относительно основного заболевания. Например, пациенткам, которым планируется проводить курс химиотерапии или радиационного лечения, беременность противопоказана.

Беременность может протекать вполне благополучно, родоразрешение будет в положенный срок, но, как правило, путем Кесарева сечения. Несмотря на низкую вероятность осложнений, стомированные пациентки при беременности должны находиться под динамическим наблюдением не только гинеколога женской консультации, но и хирурга.

Недавно вывели стому. Возможно ли продолжать нормальную сексуальную жизнь после такой операции?

После наложения кишечной или мочевого стомы люди имеют все возможности для того, чтобы вести привычный образ жизни, в том числе это относится и к занятию сексом. Если между супругами сохраняется любовь и взаимопонимание, то наличие стомы – не повод, чтобы разрушить их. Ваш партнер должен знать, что стома не вызывает у Вас дискомфорта и для Вас нет никакой опасности заниматься сексом.

Есть ли у стомированных людей ограничения при занятиях спортом?

Некоторые ограничения при занятиях спортом есть. Не рекомендуется заниматься любыми видами борьбы: самбо, дзюдо и т.д. Также нежелательны занятия, при которых физическая нагрузка очень интенсивная, – например, игра в хоккей, футбол, регби, поднятие тяжестей в тренажерном зале.

Нет запретов для занятий аэробикой, велосипедных и лыжных прогулок, игры в теннис, плавания. А просто физкультура была всегда полезна всем.

Через какое время после операции по выведению стомы можно принимать душ? Можно ли это делать с калоприемником или уроприемником?

Не будет ли он отклеиваться? И как правильно принимать душ – с калоприемником (уроприемником) или без него?

Если швы с послеоперационной раны уже сняты, обычно это бывает на 10–12 день после операции, то можно принимать душ. Принимать душ можно и с калоприемником либо уроприемником, и без него. Если вода не будет слишком горячей, калоприемник или уроприемник не отклеится. Для перестраховки его можно подклеить пластырем по краям клейкой пластины.

Можно ли самостоятельно применять ирригационную систему для опорожнения стомы без назначения врача?

Какими калоприемниками при этом лучше пользоваться?

Можно ли использовать тампон для стомы?

Ирригация – это способ, позволяющий пациентам с колостомами (сигмостомами) регулярно контролировать опорожнение кишечника. Проводить ирригацию самостоятельно можно только по назначению врача и после проведения обучения этой манипуляции. Подобную процедуру возможно проводить, только если выведена сигмостома (вид колостомы), т.е. самый нижний отдел кишечника. Точно так же использовать тампон для стомы возможно только при выведенной сигмостоме и только по назначению врача.

При этом можно отрегулировать стул диетой. Для того, чтобы стома работала регулярно, надо принимать пищу в одни и те же часы. Объем пищи формируется за счет продуктов, содержащих клетчатку (хлеб, фрукты, овощи, каши). Можно вести свой дневник питания с записью, что съели, в какое время и когда произошло выделение. Стул можно отрегулировать в зависимости от желаемого времени наибольшего опорожнения.

При такой колостоме возможно пользоваться как дренируемыми (открытыми), так и недренируемыми (закрытыми) калоприемниками, это Ваш выбор. Но если Вы предпочтете закрытые калоприемники, рекомендуется пользоваться двухкомпонентными системами, так будет лучше для кожи вокруг стомы, ведь однокомпонентные закрытые калоприемники придется постоянно отклеивать от кожи по мере их наполнения.

Можно ли стомированному человеку путешествовать?

Конечно, можно. Вы можете отправиться и к родственникам в другой город, и в дом отдыха, и в командировку или путешествие в другую страну; на поезде или на самолете, как захотите. Только не забудьте некоторые меры предосторожности:

1. Необходимый минимальный комплект для замены калоприемника (или уроприемника) всегда должен быть при Вас в ручном багаже, за исключением ножей и специальных жидкостей, в случае если Вы летите самолетом (эти предметы запрещены к провозу, их надо просто убрать в багаж).

К необходимому комплекту относятся все те материалы, которые Вы используете обычно: салфетки сухие, специальные салфетки либо жидкость для снятия адгезива; пластиковые мешки для использованного калоприемника (или уроприемника); ножницы, лучше с загнутыми концами, типа маникюрных; новые калоприемники (или уроприемники) из расчета дней пребывания вне дома и Вашей нормы расхода; вспомогательные средства при уходе за стомой (например, паста-герметик), которыми Вы обычно пользуетесь. Если летите самолетом, возьмите калоприемники (или уроприемники) с заранее вырезанным отверстием в пластине.

2. Будьте осторожны с новой для Вас пищей, не употребляйте сырой воды. Обязательно возьмите с собой медикаменты для нормализации функций желудочно-кишечного тракта, посоветуйтесь об этом с лечащим врачом.

Если стому вывели в связи с онкозаболеванием, можно ли выезжать в южные регионы, такие как Турция, Египет, и так же отдыхать, как раньше?

Жаркий климат, избыточное солнце, характерные для названных стран, с большой степенью вероятности могут вызвать возобновление онкологического заболевания. Не стоит рисковать, особенно в летнее время.

Как можно купаться в море или другом водоеме, чтобы никто не заметил калоприемник или уроприемник? Что сделать, чтобы он не отклеился при купании?

Необходимо подобрать наиболее удобный фасон. Для мужчин предпочтительно трусы-бермуды, для женщин – закрытые или полужакрытые купальники. Можно добавить дополнительные украшения к купальнику, маскирующие проблемное место. При купании можно еще использовать мини-калоприемники – стома-крышки, мини-капы. Для еще большей надежности, чтобы калоприемник или уроприемник не отклеился в воде, можно использовать специальную адгезивную пластину-полукольцо для дополнительной фиксации пластин калоприемников и уроприемников, либо обычный пластырь. Нужно просто дополнительно обклеить им по всему краю клейкой пластины калоприемника или уроприемника.

Можно ли совмещать виды изделий от разных производителей между собой?

Каждый производитель средств ухода за стомой для стомированных пациентов, к которым относятся калоприемники, уроприемники, все вспомогательные средства и аксессуары, предлагает свою линию продукции. Иногда это классические варианты (например, пасты-герметики в тубиках, защитный крем, очиститель и др.), иногда уникальные (паста-герметик в виде кольцевых прокладок, тампоны для стомы и др.). При этом, Вы можете использовать разнообразные варианты. В практическом плане, средства ухода за кожей вокруг стомы разных компаний совместимы.

Единственным ограничением является строгое соответствие подбора пластины и мешочков двухкомпонентной системы – здесь работает одно правило: пластина или мешочек от производителя «Колопласт» только с пластиной или с мешочком «Колопласт», либо аналогично от «КонваТек» – с «КонваТек», и т.д., с обязательным соблюдением совместимости по размеру фланцевого кольца.

Ребенку 2 месяца, и ему вывели стому. Можно ли использовать калоприемники (или уроприемники) в таком возрасте? Какие они бывают?

Калоприемник (или уроприемник) можно и нужно использовать в первые дни после операции вне зависимости от возраста, чтобы предотвратить попадание кишечного (или мочевого) содержимого на нежную кожу ребенка, иначе возникнут осложнения в виде сильных раздражений кожи и ее разъедания, что значительно затруднит уход и добавит мучений ребенку.

Зарубежными и отечественными производителями средств ухода за стомой выпускаются для детей грудничкового возраста специальные детские (педиатрические) калоприемники и уроприемники: как однокомпонентные открытые (дренируемые калоприемники), так и двухкомпонентные (пластина + мешок в отдельности). У детских кало-/уроприемников специальный, уменьшенный диаметр пластины (клеящейся основы) и мешочка, а также размер фланца у двухкомпонентной системы. Также есть двухкомпонентные педиатрические кало-/уроприемники с бесфланцевым (адгезивным) соединением пластины и мешочка.

Если ребенок старше, например, ему 10 лет, то вполне можно использовать те же средства ухода за стомой, что и для взрослых.

Как правильно пользоваться пастой-герметиком? Наносить ее на кожу или на пластину? Это клей?

Паста-герметик в тубике – это не клей! К сожалению, такое неправильное сравнение с клеем происходит очень часто у впервые столкнувшихся пациентов при уходе за стомой. Пластина калоприемника или уроприемника сама по себе уже обладает клейкими свойствами. Она сама клеится на кожу живота, и никаких дополнительных клеящих средств применять не надо.

Паста-герметик служит для выравнивания поверхности кожи вокруг стомы – того места, на которое будете клеить пластину кало- или уроприемника. Если есть ямки или бугорки, то необходимо немного выдавить пасту из тубика в эти проблемные места и выровнять поверхность. Затем наклеить сверху пластину.

Если неровности перистомальной кожи в виде больших ямок, углублений, то лучше использовать пасту-герметик в полосках или адаптационные кольца.

Существует несколько способов использования и нанесения пасты-герметика.

1-й способ: паста наносится на кожу вокруг стомы в проблемные места. Таким образом кожа выравнивается, сглаживаются рубцы, шрамы, которые могут помешать надежному прикреплению клейкой пластины кало-/уроприемника.

2-й способ: устранение зазоров между стомой и краем вырезанного отверстия клейкой пластины кало-/уроприемника. Пастой-герметиком заполняются образовавшиеся зазоры между стомой и пластиной «колбаской» или «шарфиком» вплотную к выведенной части кишки, что помогает минимизировать протечки.

3-й способ: некоторые стомированные люди предпочитают наносить пасту-герметик на края вырезанного отверстия клейкой пластины кало-/уроприемника. По нижнему слою пластины по всей длине окружности (по краю) вырезанного отверстия в этой пластине наносится паста-герметик. В этом случае паста поможет пластине лучше прикрепиться к коже и дольше прослужить.

Как пользоваться пудрой (абсорбирующим порошком) и при каких обстоятельствах?

Пудру, а точнее абсорбирующий порошок, необходимо использовать прежде всего для лечения кожи вокруг стомы в случае ее сильного раздражения в виде мокнувшей раны. Еще, по назначению врача или специалиста по реабилитации стомированных пациентов, абсорбирующий порошок применяют при эрозированной («содранной») коже. Если легкое покраснение кожи вокруг стомы, то применение абсорбирующего порошка не целесообразно. В таком случае поможет специальный крем.

Способ использования абсорбирующего порошка следующий: после очищения раздраженное или поврежденное место необходимо присыпать порошком, дать пару минут впитаться в мокнущую рану, избыточное количество порошка аккуратно сдуть или стряхнуть чистой марлевой салфеткой, после чего прикрепить калоприемник или уроприемник.

Вопросы, связанные с питанием, и общие рекомендации

Существует ли для стомированных пациентов специальная диета? Нужно ли стомированным соблюдать диету?

Стомированным людям нет необходимости соблюдать специальную диету, если для этого нет особых медицинских показаний. Они, как и все люди, должны питаться обычной разнообразной и здоровой пищей.

Оптимальный рацион для каждого стомированного человека подбирается индивидуально. Еще находясь в клинике, заведите дневник питания (см. таблицу 1 следующего раздела «Общие рекомендации по питанию»).

Каждое новое блюдо или продукт добавляйте в свой рацион изолированно, фиксируйте результат. В итоге Вы сможете составить список продуктов, неблагоприятных для Вас, и будете их избегать. Таким образом, Вы сможете сбалансировать свой рацион практически самостоятельно.

Следует питаться не реже 3 раза в день, принимать пищу в одно и то же время, тщательно пережевывать пищу. Пациентам с илеостомой необходимо побольше употреблять жидкой пищи, негазированных напитков и воздерживаться от потребления тяжело перевариваемых продуктов, таких как орехи, кукуруза, грибы.

ЗАПОРЫ в большинстве случаев вызываются скорее общей несбалансированностью диеты, недостатком клетчатки, чем какими-то отдельными продуктами. Надо увеличить количество клетчатки в пище: овощи, фрукты, хлеб с отрубями, чернослив. Также необходимо пить не менее 2 литров жидкости в сутки.

ГАЗЫ в значительной мере образуются в результате ферментации непереваренных остатков волокнистых тканей пищи, содержащих азот, под воздействием бактерий, составляющих микробную флору кишки. Уменьшить газообразование можно благодаря сокращению в рационе лука, капусты, редиса, бобовых.

ДИАРРЕЮ могут вызвать некоторые фрукты, овощи, слишком острая пища, пиво. Острую пищу следует употреблять осторожно и в ограниченном количестве с рисом, макаронами.

По всем вопросам функционирования стомы в случае возникновения проблем следует проконсультироваться с врачами, которые помогут решить эти проблемы с учетом Ваших индивидуальных особенностей.

Общие рекомендации по питанию

Питание играет немаловажную роль в процессе адаптации (привыкании) пациента к жизни со стомой, регулирования работы кишечника или мочеочечника, восстановления организма после перенесенной операции и дальнейшей реабилитации стомированного пациента.

Учитывая индивидуальные особенности каждого организма, дать универсальные инструкции по диете не представляется возможным.

Каждый стомированный пациент должен выработать собственный режим питания. Лучше всего сначала вести так называемый дневник питания, в который следует записывать все блюда и все продукты питания, потребляемые за день, и реакцию кишечника на их прием.

Пример формы журнала (см. табл. 1).

День	Час	Пища, ее количество	Стул: время, вид
Понедельник			
Вторник			
И т. д...			

Таблица 1.

Так, постепенно можно будет исключить из рациона те блюда или продукты, которые вызывают нежелательные явления (запор, диарею, вздутие живота и т.д.). Пища должна быть здоровой и вкусной, а ее прием должен доставлять удовольствие. Однако следует придерживаться некоторых правил правильного питания:

- **Принимайте пищу 3–4 раза в день, в одно и то же время.**
- **Старайтесь не наедаться на ночь.**
- **Медленно и тщательно пережевывайте пищу.**
- **Питание должно быть сбалансированным, пища должна содержать углеводы, белки, жиры, витамины и минеральные соли. В повседневном рационе должны присутствовать мясо, рыба, молочные и кисломолочные изделия, овощи и фрукты.**
- **Употребляйте не менее 1,5–2 литров жидкости в день (8 – 10 стаканов). Это может быть вода, фруктовый сок, молоко, чай, кофе и другие напитки.**

Прежде всего, не следует ограничиваться в приеме пищи и жидкости. Значительное ограничение приема пищи из-за страха перед стулом приводит к нежелательному снижению веса и, более того, к вызванному небольшим приемом пищи запору.

В первые месяцы после операции из рациона питания следует исключить:

- **грибы**
- **орехи, семечки**
- **бобовые, горох, кукуруза**
- **косточковые ягоды (малина, красная и черная смородина, крыжовник, ежевика). Компоты, кисели и морсы из этих ягод (без употребления ягод) пить можно.**
- **хлеб грубого помола**
- **хурма, манго**
- **рис черный, коричневый, пропаренный (неразваривающийся)**
- **овес цельный (кашу «Геркулес» можно употреблять).**
- **репа, редька, редис**
- **газированные напитки (пиво, шампанское, квас, газированная вода, минеральная вода с газом)**
- **цитрусовые**
- **овощи и фрукты в сыром виде. Через 1–1,5 месяца их можно вводить в рацион питания, но сначала в отварном, пропаренном или печеном виде.**

Со временем все перечисленные выше продукты могут быть постепенно, небольшими порциями, введены в рацион питания, в зависимости от общего состояния здоровья и восстановления функции пищеварения. Ваша задача – вернуться к привычному для Вас рациону питания, но при этом соблюдая четыре основных принципа – регулярность, осторожность, постепенность, умеренность.

Нормализация испражнения наступает, в большинстве случаев, в сроки до 6 месяцев после операции или раньше, через несколько недель.

Послабляющим эффектом обладают: сырые овощи и фрукты, чернослив, инжир, сливы, свежесжатые соки, кисло-молочные продукты, минеральная вода (без газа). Закрепляющим эффектом обладают: каши, рис, сухари, сушки, шоколад, сладости, черника, бананы, печеные яблоки, кипяченое молоко, кисели.

Продукты, способствующие газообразованию: безалкогольные газированные напитки и пиво, горох, бобы, кукуруза, капуста: цветная, белокочанная, брокколи, корнеплоды, огурцы, шпинат, лук, чеснок, абрикосы, бананы, груши, грибы, яйца.

Повышенному газообразованию может способствовать курение и жевание резинки.

Продукты, усиливающие выделение неприятного запаха при переваривании: некоторые сорта сыра, рыба, яйца, капуста, лук, чеснок, пряности и специи.

Продукты, способствующие уменьшению выделения неприятного запаха: йогурт, брусника, зеленый салат, петрушка, шпинат.

Чтобы предотвратить повышенное газообразование, принимайте: активированный уголь, масло перечной мяты, растворенное в горячей воде, чай с мятой.

Для борьбы с запахом применяйте калоприемник с фильтром или пользуйтесь специальным нейтрализатором запаха.

Для пациентов с уростомой можно посоветовать в целях профилактики образования кристалликов и отложения солей на стоме и вокруг нее поддерживать естественный уровень pH мочи. Для этого можно принимать по одной таблетке витамина С (500 мг) и потреблять не менее двух литров жидкости. Также следует помнить, что некоторые продукты могут интенсивно окрашивать мочу.

Рекомендации по диете в зависимости от вида стомы Вы можете получить у врача или специалиста по реабилитации стомированных пациентов.

При расстройствах пищеварения (запорах, диарее, появлении сильного неприятного запаха и т.д.), а также при помутнении или изменении цвета мочи следует немедленно обратиться за помощью к специалисту.

Некоторые лекарства также могут влиять на изменение цвета кишечного отделяемого и мочи. Если у Вас есть сомнения и вопросы, обратитесь к врачу или специалисту по реабилитации стомированных пациентов.

Общие психологические аспекты послеоперационного периода жизни стомированного пациента **Смогу ли вернуться к прежнему образу жизни?**

Одним из важнейших факторов возвращения к нормальной жизни стомированных людей является психологическая реабилитация.

Телесная целостность – это одна из самых больших ценностей, существующих на уровне подсознания. Любая хирургическая операция наносит людям психическую травму, которую они осознают и чувствуют по-разному. А появление стомы для человека в ряде случаев может сопровождаться сильным стыдом, неприятием собственного тела, стеснительностью.

Еще одна психологическая особенность людей, перенесших такую операцию, – они часто не видят будущего, им кажется, что жить дальше невозможно.

Большинство пациентов испытывают эмоциональное напряжение, озабоченность, беспокойство, страх и одиночество, чувство безысходности и обиды и совершенно растеряны как до, так и после операции с наложением стомы. И это не просто естественная нервозность, которая сопровождает любую серьезную операцию. Причинами подобного состояния могут быть недостаточность информации, а после операции это часто связано с:

- *некомфортностью состояния во время сна, в сексуальной сфере отношений, при посещении общественных мест и т.п.;*
- *тревогой за здоровье в целом;*
- *неумелым использованием средств индивидуального ухода за стомой.*

Редко кто сразу возвращается к привычному образу жизни. Однако, с благополучным разрешением ситуации (насколько это возможно), эти проявления исчезают.

Прежде всего в послеоперационном периоде стомированный человек должен знать, что:

– людей с такими проблемами достаточно много в стране и во всем мире, есть много знаменитых и известных людей со стомой; есть общественные объединения стомированных людей с группами взаимопомощи в послеоперационной адаптации (см. **Приложение № 4. Список региональных общественных организаций стомированных пациентов**);

– существует Служба реабилитации стомированных больных в виде отделений или кабинетов реабилитации стомированных в крупных региональных профильных (колопроктологических или онкологических) медицинских центрах (см. **Приложение № 5. Список кабинетов реабилитации стомированных пациентов**), где стомированным пациентам подбирают средства ухода за стомой и они получают информацию о том:

- *как функционирует стома;*
- *как за ней ухаживать;*
- *как пользоваться средствами ухода за стомой;*
- *как правильно питаться и по возможности сохранить привычный образ жизни;*
- *куда обращаться с медицинскими вопросами в случае необходимости.*

Как только стомированный больной оказывается дома после операции, он остается со своей проблемой один на один. И вот тут-то и наступает момент, когда человек вплотную подходит к решению вопроса: как вернуться к прежнему образу жизни? Если решить этот вопрос самостоятельно для человека невыносимо трудно, то в таком случае необходима помощь психолога.

Основными моментами, способствующими возникновению у стомированного человека расстройств психогенного характера, являются:

– недостаточная информированность пациента о причинах стомирующей операции, об объеме перенесенного оперативного вмешательства, об изменениях в работе организма в результате оперативного вмешательства, о возможностях компенсации нарушенных функций организма, о способах получения специализированной медико-психологической и социальной помощи.

– его опасения в связи с вынужденным изменением ролевого статуса в семье и необходимостью смены работы или перехода на инвалидность.

В идеале, проведение рациональной психотерапии в ходе предоперационной подготовки или раннего послеоперационного периода помогает добиться стойкого позитивного отношения и принятия пациентом факта стомирования и, как следствие, его активное участие в реабилитационном процессе. Однако, ввиду отсутствия такого рода возможностей по организационным причинам (т.е. нет подобной функции

в лечебных учреждениях), приходится производить психокоррекцию и оказывать психологическую помощь всеми иными доступными способами: обращаться в общественные организации стомированных пациентов либо к специально обученным медсестрам и врачам по оказанию медицинской помощи стомированным пациентам.

Необходимо помнить, что жизнь со стомой не является болезнью.

Современные средства ухода за стомой позволяют стомированным людям не только полноценно жить, но и работать. Однако, как и ребенку в первый год жизни, оперированному человеку необходимо время, чтобы приспособиться к изменившимся условиям. И это не только проблема ухода за стомой, но и моральное восприятие существования со стомой.

Между тем стома не разрушает семейных отношений, если они были прочны до операции. Именно семья, благодаря своему тактичному подходу, может помочь человеку со стомой вернуться к прежнему образу жизни, наполнить жизнь прежним содержанием и планами. Сексуальные отношения лишь подкрепляют отношения партнеров, основанные на взаимном уважении, желании помочь друг другу, разделить заботу о возможных проблемах. В тех семьях, где подобных отношений не было до операции, формирование стомы может стать формальной причиной разрыва отношений.

Ограничений в сексуальной жизни, связанных с созданием стомы, нет. Однако некоторые вмешательства на кишечнике или мочеточнике могут вызвать импотенцию у мужчин и болевые ощущения при половом акте у женщин. В то же время нельзя забывать об эстетической стороне сексуальных отношений и в некоторых случаях прибегать к различным приспособлениям по уходу за стомой. Следует помнить о возможности отклейки калоприемника или уроприемника. Поэтому следует лучше подготовиться к половому акту.

Необходимо понимать еще и то, что некоторые проявления сексуальной дисфункции могут являться следствием возрастных изменений и не связаны непосредственно со стомирующей операцией, а просто совпали с ней по времени.

Наличие стомы может угнетающе действовать на психику стомированного человека, вызывая преходящее бессилие. Теплая атмосфера понимания позволяет вернуться к прежней, к активной жизни даже спустя год после операции. При стойких сексуальных дисфункциях можно обратиться к специалисту – сексопатологу, андрологу.

Несомненно, что близкий человек должен первым узнать о том, что вывели стому, так как его помощь и поддержка обеспечивают быстрый процесс восстановления. При этом вряд ли стоит постоянно акцентировать внимание членов семьи или родственников, а тем более демонстрировать саму стому. Однако и излишняя тайна вокруг этого может стать обременительной. Данная проблема, кстати, щекотливо касается незамужних и неженатых людей со стомой. В любом случае, лучше известить деликатно партнера/партнершу о стоме заранее, даже если после этого и наступит разрыв.

Решение об информировании коллег на работе каждый человек принимает индивидуально. Однако следует учитывать, что это может быть негативно воспринято руководством и сотрудниками. Ряд людей со стомой вообще скрывают факт наличия у них стомы.

Положительное изменение в образе мышления, внешнем виде, отношении к жизни – вот главное, что свидетельствует о душевном и психологическом выздоровлении стомированного пациента.

Социальные права стомированных пациентов и гарантии государства.

Что означают сокращенные названия ИПРА и ТСР, что это такое, для чего нужно?

ТСР – это сокращенное название «технические средства реабилитации». Законодательное понятие ТСР дается в Статье 11.1. Технические средства реабилитации инвалидов Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»:

К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний.

В соответствии с существующим законодательством термин ТСР означает название различных технических средств и приспособлений для облегчения повседневной жизни людей с различными видами ограничений жизнедеятельности. У стомированных пациентов имеются ограничения жизнедеятельности в виде нарушений функции выделения, обусловленные наличием кишечной стомы (илеостомы, колостомы) или мочевого стомы (уростомы). Следовательно, калоприемники и уроприемники, а также все вспомогательные к ним средства и аксессуары по уходу за стомой являются техническими средствами реабилитации.

ИПРА – это сокращенное название «индивидуальная программа реабилитации и абилитации» инвалида.

Законодательное понятие ИПРА дается в Статье 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»:

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.

В соответствии с существующим законодательством, ИПРА – это разработанный перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов и уровнем притязаний. В индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

Кто и где разрабатывает ИПРА и как бесплатно получать ТСР?

ИПРА разрабатывается на основе решения местного отделения федерального учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ). При прохождении комиссии МСЭ по поводу определения группы инвалидности Вам в обязательном порядке заполняется и предоставляется ИПРА одновременно со свидетельством об инвалидности (справкой МСЭ). В определенный раздел ИПРА вносятся инди-

видуально подобранные и рекомендованные Вам врачом технические средства реабилитации – кало- или уроприемники, аксессуары, средства ухода за кожей вокруг стомы. Их вид и количество прописываются в соответствии с существующими законодательными нормами.

Справку-рекомендацию по индивидуально подобранному Вам комплекту ТСР Вы должны получить от медицинского специалиста (оперирующего хирурга или специалиста по реабилитации стомированных пациентов) в учреждении, где Вам проводилась операция. Идеальный вариант – в кабинете реабилитации стомированных пациентов при его наличии в профилированном лечебном учреждении в регионе Вашего проживания. К сожалению, пока не во всех регионах существуют такие специализированные кабинеты (**Приложение № 5. Список кабинетов реабилитации стомированных пациентов**).

Специальные ТСР для стомированного пациента должны подбираться индивидуально до прохождения комиссии МСЭ:

– в лечебном учреждении, где была стомирующая операция. Прописываются в качестве рекомендуемых в выписке или отдельной справке.

– в специализированном кабинете (отделении) реабилитации стомированных пациентов. Прописываются в качестве рекомендуемых в медицинской справке.

– любым профильным медицинским специалистом (колопроктологом, урологом, хирургом, онкологом, терапевтом) в лечебном учреждении, в поликлинике. Прописываются в качестве рекомендуемых в медицинской справке.

Специальные ТСР вписываются в индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПРА) при прохождении комиссии МСЭ специалистами Бюро МСЭ.

Как узнать вид ТСР и какое количество ТСР положено по закону при вписывании в ИПРА, какой порядок обеспечения ими?

Законодательное понятие перечня видов ТСР, положенного инвалидам, включая стомированных, дается в Статье 10. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Сам перечень видов ТСР, предоставляемый любому инвалиду бесплатно, утвержден Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-Р «Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду». В отношении стомированных инвалидов отмечен Раздел 21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).

Порядок бесплатного обеспечения инвалидов, включая стомированных, ТСР регламентирован Постановлением Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».

В соответствии с пунктом 15.1 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. № 240, в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации (изделия), приобретенные инвалидами за собственный счет, Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 февраля 2018 г.

№ 86н утверждена Классификация технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р.

Перечень ТСР для инвалидов с кишечными или мочевыми стомами, которые могут быть вписаны в ИПРА стомированному инвалиду, находится в пункте 21. «Специальные средства при нарушениях функции выделения (моче- и калоприемники)» Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 февраля 2018 г. № 86н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р».

А положенное количество ТСР для стомированных инвалидов, обусловленное сроками пользования техническими средствами реабилитации, определено Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 февраля 2018 г. № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены», также в пункте 21. «Специальные средства при нарушениях функции выделения (моче- и калоприемники)».

Важно знать, что все виды ТСР рекомендуются медицинскими специалистами по индивидуальному медицинским показаниям пациента. При обеспечении Вас уполномоченным органом видами ТСР, прописанными в ИПРА, никто не в праве заменить Вам вид ТСР, что регламентировано Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», Разделом 21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).

Ознакомиться наглядно с видами ТСР и сроками их использования Раздела 21. «Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)» приказов Минтруда России № 86н (Классификация ТСР) и № 85н (Сроки пользования ТСР) можно в **Приложении № 6. Виды ТСР и сроки их использования**.

Чтобы узнать количество ТСР, положенное в соответствии с существующим законодательством, необходимо воспользоваться Приказом Минтруда России от 13 февраля 2018 г. № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» и пересчитать указанные в разделе 21 сроки пользования ТСР в их количество.

Кто является уполномоченным органом по обеспечению инвалидов ТСР?

Согласно Статье 11.1. Технические средства реабилитации инвалидов Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: «Технические средства реабилитации предоставляются инвалидам по месту их жительства уполномоченными органами в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, Фондом социального страхования Российской Федерации, а также иными заинтересованными организациями». Стомированные инвалиды после прохождения комиссии МСЭ, получения справки МСЭ об инвалидности любой группы и обязательной ИПРА с вписанными в нее видами ТСР обращаются в отделение Фонда социального страхования РФ по месту прописки. Встает на учет в этом отделении ФСС РФ на бесплатное обеспечение ТСР либо пишет заявление о самостоятельном приобретении ТСР с последующей денежной компенсацией от ФСС РФ.

Как, кто и сколько оплачивает денежные средства за самостоятельно приобретенные Вами ТСР?

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера» был утвержден порядок выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом ТСР и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации.

Компенсация выплачивается инвалиду в случае, если предусмотренные ИПРА инвалида ТСР не могут быть предоставлены инвалиду или инвалид самостоятельно приобрел указанное ТСР и оплатил за счет собственных средств. Компенсация выплачивается в размере стоимости приобретенного ТСР, но не более размера стоимости ТСР, предоставляемых уполномоченными органами (отделениями Фонда социального страхования РФ) в строгом соответствии с ИПРА, являющихся аналогичными видами ТСР, на основании Классификации ТСР (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 февраля 2018 г. № 86н.

Важно знать, что размер денежной компенсации приравнен не к стоимости ТСР, приобретенного в розничной сети, а приравнен к стоимости данного вида ТСР, полученной в результате проведенных торгов по госзакупкам ТСР Фондом социального страхования РФ в регионе по месту жительства инвалида. Как правило, сумма подобной компенсации выходит ниже стоимости ТСР в розничной сети, т.е. не стопроцентная компенсация.

О размере денежной компенсации за самостоятельно приобретенные ТСР на текущий период времени можно узнать в самом отделении ФСС РФ по месту жительства.

Какие документы предоставлять для денежной компенсации, если сам приобрел ТСР, и какими возможными способами?

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера», пункту 5: «Компенсация инвалиду выплачивается на основании заявления инвалида либо лица, представляющего его интересы, о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги и документов, подтверждающих расходы по самостоятельному приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги инвалидом за собственный счет, а также предъявления им в отделение ФСС РФ следующих документов:

- документ удостоверяющий личность, либо нотариальная доверенность, если заявление и документы за родственника;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПРА);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- кассовый и товарный чеки;
- реквизиты счета, куда отделение ФСС РФ перечислит деньги;
- сертификат соответствия ТСР (при возможном запросе).

Выплата инвалиду компенсации осуществляется уполномоченным органом в месячный срок с даты принятия соответствующего решения путем почтового перевода или перечисления средств на счет, открытый инвалидом в кредитной организации».

Заявление в отделение ФСС РФ можно передать несколькими способами по своему выбору:

- на личном приеме,
- в электронном виде через «Единый портал государственных и муниципальных услуг» (www.gosuslugi.ru),
- через многофункциональные центры (МФЦ),
- почтовым отправлением.

Могут ли выдать ТСР за прошедший период времени, если долго не предоставляли их?

Согласно юридическому документу: Письму Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июня 2015 года № 13-З/10/В-4473 «О правоприменении нормативных правовых актов в сфере обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в части предоставления инвалидам абсорбирующего белья, подгузников и специальных средств при нарушении функции выделения»:

«Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, в том числе абсорбирующим бельем, подгузниками и специальными средствами при нарушении функции выделения за прошлый период не предусмотрено действующими нормативными правовыми актами, ввиду невозможности их одновременного использования в случае получения этих средств реабилитации за текущий и прошлый периоды».

Таким образом, требовать от отделения ФСС РФ покрытия «долгов» за непоставку или недопоставку ТСР в ранний период времени не правомочно. Отсчет периода расхода (использования) стомированным инвалидом ТСР начинается со дня получения ТСР, за которые расписался при получении инвалид, и на последующий период времени, согласно законодательно установленным нормам в Приказе Минтруда России № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены», также в пункте 21. «Специальные средства при нарушении функции выделения (моче- и калоприемники)».

А вот если приобретали самостоятельно ТСР, то на сроки денежной компенсации такое правило не распространяется. Вправе требовать денежную компенсацию за любой период времени, конечно, только с момента постановки на учет в отделении ФСС РФ и только при условии, что приобретали самостоятельно ТСР в период времени, в течение которого не были одновременно обеспечены непосредственно ТСР в натуральной форме. И, конечно, при предоставлении платежных документов.

Если стомированный инвалид прописан в одном регионе, а переехал жить в другой регион, то как получать ТСР?

Согласно существующему законодательству на сегодня, местом жительства инвалида считается место постоянной прописки. Поэтому только по месту прописки инвалид может стоять на учете в отделении ФСС РФ на бесплатное обеспечение ТСР. Если инвалид переехал в другой регион, в котором он не будет прописан, т.е. будет там только пребывать, то при таких обстоятельствах встать на учет в отделении ФСС РФ на бесплатное обеспечение ТСР по месту пребывания инвалид в настоящее время не сможет. В Минтруде России только прорабатывается данный вопрос, чтобы разрешить инвалидам получать ТСР без привязки к месту прописки.

Можно ли бесплатно получать ТСР без наличия группы инвалидности и ИПРА?

Нет. В соответствии с существующим федеральным законодательством получать бесплатно технические средства реабилитации или получать денежную компенсацию за них при самостоятельном приобретении имеют право только инвалиды.

Но: региональное законодательство позволяет создать условия социальной поддержки граждан своего региона за счет финансовой программы региона, в частности, это касается бесплатного обеспечения стомированных пациентов без статуса «инвалид» специальными средствами ухода за кишечной и мочевой стомой. К сожалению, в настоящее время подобные программы социальной поддержки в регионах отсутствуют, а ранее созданные программы в восьми регионах свернуты, за исключением города Москвы. В Москве с начала 90-х годов была создана региональная система обеспечения стомированных пациентов города Москвы за счет бюджета города Москвы, позволяющая оказывать социальную поддержку в бесплатном обеспечении средствами ухода стомированных пациентов без статуса «инвалид».

Почему мне отказывают в отделении ФСС РФ по месту жительства в обеспечении ТСР, если уже имел инвалидность по другому заболеванию до стомирующей операции?

Если уже была инвалидность до того, как инвалид стал стомированным, т. е. до стомирующей операции, то автоматического обеспечения ТСР не происходит и оно невозможно, так как у данного инвалида отсутствует основополагающий документ – ИПРА с обязательно внесенными в нее рекомендуемыми медицинскими специалистами в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями ТСР. И получается, вполне логично, что у уполномоченного органа по обеспечению инвалидов ТСР – отделения ФСС РФ нет оснований для обеспечения такого стомированного инвалида ТСР. При этом ФСС РФ не вправе, не компетентен и не уполномочен самостоятельно указывать, подбирать те или иные виды ТСР инвалиду.

Поэтому необходимо инвалиду вновь обратиться в комиссию МСЭ с целью замены действующей ИПРА на новую с внесением в нее рекомендованных медицинскими специалистами ТСР.

Можно ли, пока не оформлена группа инвалидности, приобретать самостоятельно ТСР, а затем после оформления инвалидности получить денежную компенсацию?

Нет. В соответствии с существующим законодательством правовой момент для бесплатного обеспечения инвалида ТСР или денежной компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидом ТСР наступает только после постановки на учет в уполномоченном органе по обеспечению инвалидов ТСР – отделении Фонда социального страхования РФ по месту жительства инвалида. Отделение ФСС РФ ставит на учет на бесплатное обеспечение ТСР или денежную компенсацию за самостоятельно приобретенные инвалидом ТСР только при одном условии – наличии любой группы инвалидности и обязательном наличии ИПРА с записью рекомендованных видов ТСР.

Если выведены две стомы, то как будут обеспечивать ТСР?

При таких обстоятельствах, по решению комиссии МСЭ и на основании медицинских показаний, подтвержденных справкой или выпиской из лечебного учреждения, количество ТСР может быть увеличено. Данный факт должен быть указан в ИПРА инвалида. Тогда уполномоченный орган по обеспечению инвалидов ТСР – отделение ФСС РФ будет иметь обоснование к такому обеспечению.

Какие особенности и какой порядок обеспечения средствами ухода за стомой стомированных пациентов в городе Москве?

В городе Москве с 90-х годов действует особая система обеспечения стомированных пациентов. Обеспечение средствами ухода за стомой как стомированных пациентов с наличием инвалидности, так и без инвалидности, но с обязательной пропиской в городе Москве, происходит за счет бюджета города Москвы.

В настоящее время этот процесс обеспечения происходит на основе Распоряжения Правительства города Москвы от 10 августа 2005 г. № 1506-РП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой» и Приказа Департамента здравоохранения города Москвы и Департамента информационных технологий города Москвы от 21.02.2019 г. № 124/64-16-44/19 «О порядке ведения Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве».

За юридическую основу приняты понятия: «категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой». (Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. № 890 (с изменениями и дополнениями)).

Код категории: 754

Наименование категории:

Заболевания тонкой и толстой кишки, вызывающие формирование стомы. Заболевания мочевыводящей системы, приводящие к формированию кожной стомы.

Перечень соответствий между категориями заболеваний по МКБ-10 (см. табл. 2).

Z93.2	Наличие илеостомы
Z93.3	Наличие колостомы
Z93.6	Наличие искусственных отверстий мочевого тракта (уретростомы)
Z43.2	Уход за илеостомой
Z43.3	Уход за колостомой
Z43.6	Уход за другим искусственным отверстием мочевого тракта (уретростомой)

Таблица 2

Порядок бесплатного обеспечения техническими средствами реабилитации (калоприемниками и уроприемниками) пациентов со стомой (с инвалидностью и без наличия группы инвалидности) в городе Москве следующий.

Пациент со стомой, имеющий прописку в городе Москве, обращается в Отделение реабилитации стомированных больных Городской клинической больницы № 24 (Москва, Писцовая ул., дом 10, Новый корпус, 2 этаж, часы приема 9.00-18.00 по будням; тел. 8 (495) 613-27-45, 8 (495) 613-27-01, метро «Савеловская», далее автобус №72, 82, 84 до остановки «Башиловская улица») для индивидуального подбора кало- или уроприемника, вспомогательных средств ухода за стомой и аксессуаров. Получает специальный рецепт с выписанными медицинскими изделиями ухода за стомой, индивидуально подобранными в отделении реабилитации медицинским специалистом. С полученным рецептом обращается за бесплатным получением средств ухода за стомой в аптечный пункт,

прикрепленный к отделению реабилитации стомированных больных ГКБ №24 по адресу, который будет указан при выдаче рецепта.

В отделении реабилитации стомированных больных также проводится обучение, в том числе и родственников пациента, по использованию данных технических средств.

В случае пребывания стомированного пациента в стационаре или его нетранспортабельности, обратиться в Отделение реабилитации стомированных больных ГКБ № 24 и поставить на учет пациента со стомой может его родственник.

Отделением реабилитации стомированных больных ГКБ № 24 также осуществляется доставка на дом средств ухода за стомой.

Для первичной регистрации в отделении нужны следующие документы:

- * паспорт больного с постоянной регистрацией в Москве;
- * полис обязательного медицинского страхования больного;
- * выписка из стационара, где была выполнена операция с наложением стомы, – на бланке ЛПУ (или со штампом ЛПУ) с указанием диагноза, даты и названия операции, с расшифровкой подписи врача, с печатью для документов (+копия);
- * «страховое свидетельство государственного пенсионного страхования», с № СНИЛС (карточка бледно-зеленоватого цвета);
- справка о наличии группы инвалидности (+копия);
- справка о льготах из Пенсионного фонда;
- ИПРА – индивидуальная программа реабилитации с внесенными средствами ухода за стомой.

** звездочкой отмечены обязательные документы!!!*

Без обязательных документов первичная регистрация не производится.

Для повторных консультаций и получения рецепта на изделия необходимо иметь оригинал паспорта больного. Номер карточки, заведенной в отделении реабилитации, выдается на отдельном талоне, желательно иметь при себе, но не обязательно.

Консультации для осмотра стомы, выбора средств ухода и обучения их использованию проводятся по предварительной записи: записаться можно в любом кабинете отделения, в регистратуре или по телефонам:

8 (495) 613-27-01 и 8 (495) 613-27-45 с 08.00 до 19.00 по рабочим дням
(выходные – суббота и воскресенье).

Как в Москве бесплатно обеспечиваются специальными средствами ухода за стомой стомированные дети?

В Москве также бесплатно обеспечиваются специальными средствами ухода за стомой стомированные дети с инвалидностью и без инвалидности в гастроэнтерологическом отделении (Центре воспалительных заболеваний кишечника) Морозовской детской городской клинической больницы (Москва, 4-й Добрынинский переулок, дом 1/9, корпус 17, этаж 2, 3, тел. 8 (495) 959-87-40; 8 (926) 073-43-09).

Центр оказывает медицинскую помощь детям и подросткам с заболеваниями, приводящими к формированию стомы. Проводятся:

- врачебная консультация;
- индивидуальный подбор современных средств ухода за стомой;
- выписка льготных рецептов на получение средств ухода за стомой;
- обучение пациента и его родственников правилам использования рекомендованных средств ухода за стомой;

Какой порядок бесплатного обеспечения специальными средствами при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемниками) стомированных инвалидов (взрослых и детей) для регионов России (кроме Москвы)?

1. После стомирующей операции, после выписки из стационара стомированный пациент по месту своей прописки через поликлинику или онкологический диспансер направляется по документу (форма 088/у-06) на комиссию медико-социальной экспертизы (МСЭ) с целью определения группы инвалидности. Основанием для оформления группы инвалидности является медицинская выписка из больницы по проведенной стомирующей операции.

Если в медицинской выписке указано, что стома выведена временно и сроком на несколько месяцев, то в этом случае направление на комиссию МСЭ с целью определения группы инвалидности не предвидится, т.к. в соответствии с существующим законодательством срок временной инвалидности – 1 год.

2. При прохождении комиссии МСЭ определяется группа инвалидности, выдается справка МСЭ, одновременно составляется индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА), в которую специалист МСЭ должен обязательно внести список индивидуально подобранных технических средств реабилитации (ТСР) – средств ухода за стомой, вспомогательных средств и аксессуаров согласно рекомендации медицинского специалиста из медицинской выписки лечебного учреждения, где проводилась стомирующая операция или из отдельной справки-рекомендации из отделения реабилитации стомированных больных (при наличии такой структуры в профильном лечебном учреждении в регионе).

3. Имея на руках справку МСЭ об инвалидности и ИПРА с полученными записями по ТСР, инвалид обращается в районное Отделение Федерального Фонда социального страхования РФ (ФСС РФ) по месту жительства с целью постановки на учет на бесплатное обеспечение ТСР. Отделение ФСС РФ в любом регионе Российской Федерации (за исключением города Москвы) является единственным уполномоченным органом по обеспечению ТСР инвалидов, в том числе стомированных инвалидов.

Только при наличии справки МСЭ и ИПРА с записью подобранных ТСР и других необходимых документов, установленных законодательством (необходимый перечень документов сообщает в отделении ФСС РФ), инвалида ставят на учет, и:

- либо бесплатно выдают все необходимые виды ТСР в соответствии с рекомендациями ИПРА;
- либо инвалид пишет заявление о том, что указанные виды ТСР в ИПРА будет приобретать за свой счет с последующим предоставлением платежных документов (товарных и кассовых чеков) на денежную компенсацию для перевода средств на счет инвалида данным Отделением ФСС РФ.

Возмещение стоимости за самостоятельно приобретенные инвалидом ТСР производится только с момента постановки инвалида на учет в отделении ФСС РФ.

Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется исполнительными органами Фонда социального страхования РФ в соответствии с Правилами обеспечения за счет средств федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. № 240, на основании индивидуальных программ

реабилитации и абилитации, разрабатываемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, в пределах средств федерального бюджета, выделенных и перечисленных Фонду на эти цели. В соответствии с п. 6 вышеуказанных Правил, если техническое средство реабилитации не может быть предоставлено инвалиду, а протез, протезно-ортопедическое изделие – ветерану, или если эти лица самостоятельно обеспечили себя соответствующим средством (изделием) путем приобретения за собственный счет, им выплачивается компенсация в размере фактически понесенных расходов, но не более стоимости технического средства реабилитации, протеза, протезно-ортопедического изделия, которое должно быть предоставлено инвалиду, ветерану по индивидуальной программе реабилитации и абилитации, разрабатываемой федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.

Выплата компенсаций инвалиду, ветерану осуществляется уполномоченным органом – отделением ФСС РФ в порядке очередности по обеспечению техническими средствами реабилитации, протезами, протезно-ортопедическими изделиями путем почтового перевода или перечисления средств на лицевой банковский счет этих лиц (по их желанию).

При невозможности самостоятельного приобретения технических средств реабилитации, обеспечение ими льготной категории граждан осуществляется исполнительными уполномоченными органами – отделениями ФСС РФ, в зависимости от установленного регионального регламента в порядке очередности.

Система обеспечения стомированных пациентов техническими средствами реабилитации в регионах Российской Федерации (за исключением Москвы) не распространяется на стомированных пациентов с первых дней после операции до получения инвалидности и ИПРА, а также всех стомированных пациентов с временными стомами, выведенными на срок до 1 года.

Какие основные нормативные правовые акты регламентируют освидетельствование комиссией МСЭ?

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2020):

Статья 1. Понятие «инвалид», основания определения группы инвалидности.

Статья 7. Понятие медико-социальной экспертизы:

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 14.11.2019) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

Приказ Минтруда от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Где проводят комиссию медико-социальной экспертизы?

Исходя из состояния больного, различают несколько вариантов освидетельствования:

- *прохождение МСЭ в стационаре. Комиссия приезжает в больницу на выездное заседание;*

- *самостоятельная явка в Бюро МСЭ в день записи. Этот порядок действует для лиц, которые могут самостоятельно приехать на комиссию и проходят ее в амбулаторных условиях;*

- *освидетельствование на дому. Его проводят тем больным, которые по тяжести своего заболевания не могут явиться в бюро, но не подходят под заочное освидетельствование;*

- *заочное признание инвалидом организуют для тех граждан, кого невозможно доставить на комиссию и чье состояние можно оценить на основании представленных документов.*

Какой порядок прохождения медико-социальной экспертизы?

Порядок прохождения медико-социальной экспертизы утвержден Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (далее – ПП от 20.02.2006г. № 95).

Чтобы получить инвалидность, нужно пройти два этапа:

1. *получить направление на комиссию медико-социальной экспертизы в Бюро МСЭ,*
2. *пройти в течение месяца комиссию в Бюро МСЭ.*

Направление по форме 088/у-06 в Бюро МСЭ предоставляет медицинская организация по месту жительства. Обычно это поликлиника (обращаться к участковому терапевту), к которой гражданин прикреплен по полису обязательного медицинского страхования (ОМС), либо онкодиспансер (обращаться к онкологу).

На комиссию МСЭ может также направить пенсионный фонд (ПФР) или органы соцзащиты (но для этого им необходимы документы, подтверждающие заболевание) (п. п. 15, 17 ПП от 20.02.2006г. № 95).

В случае отказа поликлиникой, ПФР или органом соцзащиты в направлении на комиссию в Бюро МСЭ, они обязаны выдать справку (п. 19 ПП от 20.02.2006г. № 95)

Направление на комиссию МСЭ поступает в Бюро МСЭ по месту жительства – это государственная организация, которая проводит экспертизу и присваивает группу инвалидности (п.20 ПП от 20.02.2006г. № 95).

Со справкой об отказе в направлении можно обратиться в Бюро МСЭ самостоятельно. Специалисты Бюро МСЭ осмотрят пациента, сами направят на дополнительные обследования, после чего примут решение.

Каким образом определяется и устанавливается I, II или III группа инвалидности?

В соответствии с Приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и в зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

Если возраст больного от 18 лет и старше, то необходимо руководствоваться приложением № 1 к Приказу № 585н.

Если возраст больного менее 18 лет, то необходимо руководствоваться приложением № 2 к Приказу № 585н.

Инвалидность устанавливается при размере процентов по соответствующему пункту приложения к Приказу № 585н от 40% и выше.

Согласно Приказу № 585н при установлении группы инвалидности стомированного пациента комиссией МСЭ оценивается не просто стадия заболевания, а учитывается клинический прогноз, степень нарушенных функций организма после проведенного лечения, локализация и размер опухоли, возникновение рецидивов, метастазов, вид и объем лечения, наличие ремиссии или осложнений и так далее.

Как в процентах оценивается степень выраженности стойких нарушений функций организма человека?

В соответствии с Приказом Минтруда от 27.08.2019г. № 585н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» при оценке состояния больного медико-социальная экспертиза (МСЭ) использует 4 степени нарушения функций. Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов (табл.3).

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ	СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ
1 степень: утрата 10–30% функции	Нарушения носят незначительный характер, гражданину откажут в оформлении группы инвалидности
2 степень: утрата 40–60% функции	Нарушения в умеренной степени выраженности, дают 3 группу инвалидности
3 степень: утрата 70–80% функции	Нарушения выраженные, больной может претендовать на 2 группу инвалидности
4 степень: утрата 10–30% функции	Нарушения носят значительно выраженный характер, функция практически утрачена, дают 1 группу инвалидности

Таблица 3.

Для пациентов в возрасте до 18 лет:

- 10 – 30% – оснований для установления инвалидности нет;
- 40 – 100% – устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Если не согласен с решением комиссии первичного Бюро МСЭ, какой порядок обжалования решений и какова структура Бюро МСЭ?

Бюро МСЭ по месту жительства входят в состав регионального, Главного бюро МСЭ, которое подчиняется Федеральному Бюро МСЭ и далее – Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации.

Если решение комиссии Бюро МСЭ не устроило, либо по результатам экспертизы отказано в инвалидности, дали не ту группу инвалидности, или не пропидали какие-то ТСР в программе реабилитации ИПРА, то решение первичного Бюро МСЭ оспаривают в Главном Бюро МСЭ по региону.

Решение Главного Бюро МСЭ по региону обжалуют в Федеральном Бюро МСЭ. - Затем решение обжалуют только в судебном порядке.

Если в последующий период после получения инвалидности и ИПРА произошли изменения со здоровьем, либо изменения стомы, либо поменять один вид ТСР (калоприемника или уроприемника), любого средства ухода на другой, как поступать?

В случае произошедших изменений со здоровьем, с иными параметрами (возраст, размер, вес и др.) могут меняться потребности, в том числе в видах, количестве технических средств реабилитации. Возникает необходимость корректировки ИПРА или справки МСЭ.

Для этого необходимо обращаться в Бюро МСЭ через поликлинику (как при прохождении ранее всего алгоритма действий) для коррекции индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА), внесения необходимых изменений в нее, составления новой ИПРА.

Без внесенных изменений в ИПРА (при наличии новой ИПРА) сотрудники отделения ФСС РФ не вправе самостоятельно менять виды и количество предоставляемых ТСР.

В случае если была инвалидность по другому профилю заболевания или ограничения жизнедеятельности до стомирующей операции, то необходимо оформить новую ИПРА с внесением в нее новых ТСР, рекомендуемых медицинским учреждением.

В соответствии с приказом Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм», при необходимости внесения дополнений или изменений в ИПРА оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).

Если отказался от набора социальных услуг, в том числе от лекарственного обеспечения в пользу получения за них денежных средств, будут ли мне выдавать средства ухода за стомой, технические средства реабилитации?

Право на получение набора социальных услуг, в том числе льготы на лекарственное обеспечение регулирует Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», а право на получение технических средств реабилитации регулирует Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Лекарства и технические средства реабилитации – это разные понятия.

Закон о социальной защите инвалидов № 181-ФЗ:

- гарантирует получение инвалидом ТСР в рамках индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА);
- обязывает органы государственной власти обеспечить исполнение ИПРА инвалида.

Отказ инвалида от набора социальных услуг в рамках закона о социальной помощи № 178-ФЗ не освобождает органы власти от обязательств по исполнению других законов Российской Федерации, в том числе – закона о социальной защите инвалидов № 181-ФЗ.

Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» не регулирует отношения, связанные с обеспечением инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (ИПРА).

Это значит, что технические средства реабилитации положены инвалиду независимо от того, отказался он от набора социальных услуг или нет.

Сколько можно находиться на больничном после стомирующей операции, если до этого работали? Как поступить, если больничный, выписанный на период проведения операции, закончился? Как быть до повторной операции по закрытию стомы?

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 1 августа 2007 г. № 514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности», Раздел II. «Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболе-

ваниях и травмах, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)», пункт 14, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией. Согласно Разделу III. «Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу», пункту 28, на МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

– очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

– благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев;

– необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Согласно Разделу III, пункту 30: «Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, в том числе с определением степени ограничения способности к трудовой деятельности, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности на срок не более 4 месяцев после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, с периодичностью выдачи листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 дней, или повторного направления на МСЭ».

Поэтому до повторной операции по закрытию стомы можно продлить больничный лист, конечно, если только комиссия МСЭ выявила благоприятный клинический прогноз. Однако бесплатно получать средства ухода за стомой Вы не можете ввиду отсутствия группы инвалидности и ИПРА.

В случае несогласия с решением местного отделения комиссии МСЭ, Вы можете написать заявление о своем несогласии с требованием пересмотра Вашего вопроса в вышестоящей городской (областной) комиссии МСЭ.

Гигиена тяжелобольного человека

Создание благоприятных условий для больного человека, деликатное и тактичное отношение к нему, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного ухода за больным человеком.

За многовековую практику ухода за больными людьми ухаживающие пришли к пониманию того, что люди чувствуют себя лучше и восстанавливают свои силы гораздо быстрее, когда поощряется их желание самоухода.

Если пациент имеет возможность и поддержку делать то, что ему по силам, участвовать в планировании процедур, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход в целом, у него улучшается настроение, качество жизни, он чувствует себя полноценной личностью, а не беспомощным объектом направленной на него деятельности.

Мытье тела

Большинство людей привыкли очищать свое тело регулярно, периодичность мытья в ванной или душе может быть различной. Люди пользуются разнообразными средствами для мытья тела, иногда используют облегчающие этот процесс дополнительные приспособления.

У тяжелобольного пациента правильный, рациональный уход за кожей с использованием современных косметических средств является основой профилактики пролежней и улучшения самочувствия, качества жизни.

Не следует допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении – подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости – увлажнять кремом, применяя для этого различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, используя для этого профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пену и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам.

Проблемы, связанные с кожей

При длительном лежании кожа подвергается значительному воздействию от трения о белье, от сдавливания между тканями человеческого тела (мышцы, кости и др.) и поверхностью матраца, от крошек, складок белья, от пота, мочи и многого другого. У пациентов могут появиться опрелости, пролежни, расчесы, чрезмерная сухость или влажность кожи. Кожа становится более чувствительной к температуре окружающего воздуха, лежащие больные часто зябнут, плохо переносят проветривание в комнате, смену нательного и постельного белья.

Профилактика состоит в частой и регулярной гигиенической обработке кожи человека, в подборе теплой, легкой, хорошо пропускающей воздух одежды, не вызывающей потения. Чрезвычайно важно поддерживать кожу в хорошем состоянии. Ежедневной задачей ухода является сохранение чистоты, влажности, предупреждение раздражений кожи.

Правильный уход выполняется в 3 шага:

Шаг 1. Нежное очищение кожи от загрязнений, пота, слущенного эпидермиса и других загрязнений – можно выполнить средствами для применения с водой или без воды и мыла.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Моющий лосьон

Применение

Рекомендуется использовать как гель для душа или для обмывания кожи.

- 1.) Нанести на кожу и смыть водой.
- 2.) Растворить 10 мл (3 дозы моющего лосьона) в 1,5 л теплой воды, протереть кожу полученным раствором, промокнуть насухо. Не требует дополнительного смывания.

Характеристика

Нежно очищает и смягчает чувствительную, зрелую и сухую кожу. Содержит пантенол, защищающий кожу от высыхания, и стимулирующий ее регенерацию. Содержит ароматизатор и нейтрализатор запаха. Дерматологически протестирован и подходит для ежедневного применения.

Показания к применению

Личная гигиена (обтирание) тяжелобольного пациента в постели.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Очищающая пена

Применение

Используется для очищения кожи в интимной области от загрязнения. Перед использованием хорошо встряхнуть. Затем распылить на загрязненный участок кожи с расстояния около 20 см и дать хорошо впитаться. Бережно очистить кожу от загрязнений мягкой салфеткой или полотенцем.

Характеристика

Применяется для очищения кожи без воды и мыла. Содержит креатин, поддерживающий естественные защитные механизмы кожи, и нейтрализатор запаха в комбинации с ароматизатором. Нейтральный для кожи фактор pH.

Хорошо дозируется и экономно расходуется. Для универсального применения: при уходе за лежачим больным, при сменном суточном режиме работы, в длительных поездках. Дерматологически протестирована.

Показания к применению

Интимная гигиена при сильных загрязнениях кожи и смене подгузников после дефекации у тяжелобольного пациента.

Шаг 2. Защита кожи средствами с защитными свойствами – на этом этапе рекомендуются специальные кремы и протектор, оставляющие на коже защитную пленочку.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Защитная пена (протектор) для кожи

Применение

Используется для длительной защиты кожи в областях, подверженных трению, воздействию агрессивных веществ (до 6 часов).

Характеристика

Образует на поверхности кожи пленку, которая защищает от агрессивного воздействия внешних факторов на протяжении 6 часов. Содержит пантенол, предохраняющий кожу от высыхания и стимулирующий ее регенерацию, и мощный увлажнитель – мочевины (карбамид). Содержит питательный защитный комплекс Nutriskin (Нутрискин): жирные кислоты, аминокислоты, миндальное масло, креатин. Дерматологически протестирована.

Применение защитной пены (протектора) для кожи

Тщательно вымыть кожу в интимной области и вытереть насухо, баллончик интенсивно встряхнуть, нанести защитную пену (протектор) на кожу и равномерно распределить, дождаться полного впитывания.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Защитное масло-спрей

Применение

Используется для специальной защиты сухой, увядающей кожи.

Характеристика

Создает на поверхности проблемной, сухой и зрелой кожи прозрачную пленку для защиты от дальнейшего обезвоживания. Содержит пантенол, предохраняющий кожу от высыхания и стимулирующий процесс регенерации, и миндальное масло. Легко наносится – выпускается в форме спрея. Дерматологически протестировано.

Алгоритм применения защитного масла-спрея:

- 1.) Встряхнуть аэрозольный баллончик.
- 2.) Нанести на участок кожи пациента с расстояния 20 см. Равномерно распределить массажными движениями.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Защитный крем с оксидом цинка

Применение

Используется для защиты участков кожи в области гениталий, подверженных агрессивному воздействию выделений.

Характеристика

Рекомендуется применять на подверженных трению участках кожи, а также на коже в интимной области для защиты от раздражающего действия мочи и кала. Образует на поверхности кожи защитную пленку. Содержит оксид цинка, обладающий подсушивающим и бактерицидным действием. Содержит питательный защитный комплекс Nutriskin (Нутрискин): жирные кислоты, аминокислоты, миндальное масло, креатин. Освежающий аромат и нейтрализатор запаха. Крем типа «вода в масле» для восстановления и поддержания трофических свойств кожи. Дерматологически протестирован.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Защитный крем без оксида цинка

Применение

Используется для защиты кожи под подгузником. Не ослабляет действие других продуктов по уходу за кожей.

Характеристика

Рекомендуется применять на подверженных трению участках кожи, а также на коже в интимной области для защиты от раздражающего действия мочи и кала. Образует на поверхности кожи прозрачную защитную пленку. Легко распределяется и впитывается. Содержит питательный защитный комплекс Nutriskin (Нутрискин): жирные кислоты, аминокислоты, миндальное масло, креатин. Обогащен гаммелисом. Уникальная формула – эмульсия типа «вода в масле – масло в воде» – способствует лучшему уходу за кожей, восстанавливая и поддерживая трофические свойства кожи и обеспечивая прекрасную впитываемость. Освежающий аромат и нейтрализатор запаха. Дерматологически протестирован.

Шаг 3. Помощь в регенерации и активизации эпидермиса кожи через питание и увлажнение.

Лучше всего применять средства из одной серии, поскольку они совместимы в своем воздействии на кожу.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Тонизирующий гель

Применение

Используется при проведении массажных процедур, для снятия мышечного напряжения и в комплексе профилактики пролежней у лежачих больных.

Характеристика

Применяется для массажа и втирания в области затылка, плеч, рук и ног у пациентов при длительном постельном режиме. Расслабляет мускулатуру, оказывает освежающий и тонизирующий эффект. Содержит камфору и ментол, улучшающие обменные процессы в коже и оказывающие противовоспалительное действие. Содержит питательный пантенол и миндальное масло. Избегать попадания в глаза и на слизистые оболочки.

Цели:

- снятие напряжения;
- придание жизненной силы и энергии;
- охлаждение;
- хорошее самочувствие;
- стимуляция кровообращения.

Процедура:

- **когда:** по мере необходимости;
- **как:** наносите только на неповрежденную кожу – выдавите гель на ладонь и распределите по поверхности кожи (шея, плечи, руки, ноги, другие группы мышц);
- **периодичность:** по мере необходимости;
- **объем:** зависит от площади поверхности кожи.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Лосьон для тела

Применение

Интенсивный уход за кожей всех типов. Питает и увлажняет чувствительную, сухую и зрелую кожу, восстанавливает ее эластичность. Содержит жирную кислоту льняного масла и креатин, поддерживающий защитные механизмы кожи. Содержит питательный защитный комплекс Nutriskin (Нутрискин): жирные кислоты, аминокислоты, миндальное масло, креатин. Эмульсия типа «вода в масле». Освежающий аромат и нейтрализатор запаха. Нейтральный для кожи фактор pH. Дерматологически протестирован.



MoliCare Skin/Моликар Скин
Масло для ухода за кожей

Применение

Нанести на предварительно вымытую сухую кожу и равномерно распределить.

Характеристика

Интенсивно питает, защищает, успокаивает проблемную, сухую и зрелую кожу. Содержит витамин Е, который является природным антиоксидантом, и миндальное масло. Моментально впитывается, не оставляет жирной пленки. Не пачкает одежду. Рекомендуется для проведения массажных процедур; после посещения бассейна, солярия, сауны. Новая парфюмерная композиция и нейтрализатор запаха. Дерматологически протестировано.

Уход за промежностью

Уход за промежностью особенно важен для женщин – не только для поддержания здоровья, но и для сохранения чувства комфорта. При осуществлении интимной гигиены все движения следует выполнять спереди назад по направлению от уретры к анальному отверстию. Это необходимо для профилактики инфекции мочевыводящих путей, возбудителями которой чаще всего становятся микроорганизмы – естественные обитатели кишечника.

Проводится ежедневно по мере загрязнения, регулярно, но не менее двух раз в день, даже в отсутствие видимого загрязнения. Проводится с целью предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием мочи и кала. Для гигиенического ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных следует применять профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пену и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промакивающими движениями, не используя изделия из махровой ткани, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам.



MoliCare Skin/ Моликар Скин

Влажные салфетки для ухода за кожей

Применение

Используются для бережного очищения кожи. 2–4 салфетки на одну процедуру. При проведении процедуры интимной гигиены используется только свежая салфетка.

Характеристика

Мягкие очищающие салфетки из нетканого материала, применяются без воды и мыла. Не содержат спирта. Нейтральный для кожи фактор pH. Содержат экстракт ромашки, оказывающий противовоспалительное и антисептическое действие. Бережно очищают и увлажняют кожу, снимают раздражение кожи и воспаление. Могут использоваться так часто, как это необходимо.

Показания к применению

Удаление легких загрязнений и смена подгузников у пациента.

Уход за волосами больного

Проводится ежедневно, что повышает качество жизни, психологический статус и самооценку пациента. Волосы ежедневно следует расчесывать, применяя индивидуальную щетку для волос. Мытье волос осуществляется по мере загрязнения, но не реже раза в неделю с использованием специальных устройств (ванночки) и медицинских средств для мытья головы лежачих больных (шапочки, сухие шампуни и др.). Использование сухих шампуней не заменяет регулярное мытье волос, но может использоваться для ежедневного ухода.



MoliCare Skin/ Моликар Скин
Шампунь

Применение

Используется для мытья волос и кожи головы.

Характеристика

Мягко и тщательно очищает волосы, оказывая на них благотворное влияние – после применения волосы легко поддаются расчесыванию. Содержит пантенол, предохраняющий кожу от высыхания и стимулирующий процесс ее регенерации, и миндальное масло. Нейтральный для кожи фактор pH. Содержит нейтрализатор запаха в комбинации с ароматизатором. Подходит для ежедневного применения. Дерматологически протестирован.

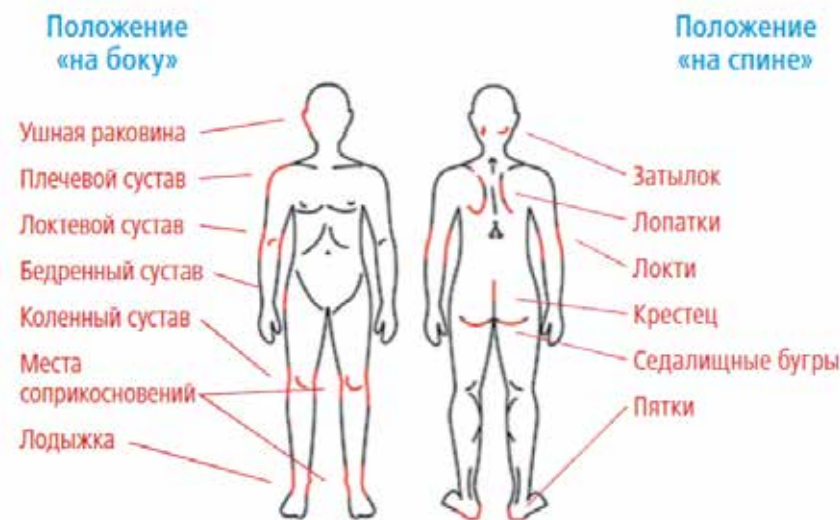
Риски возникновения осложнений у тяжелобольных

Любой тяжелобольной пациент испытывает на себе влияние многочисленных факторов риска развития пролежней. Длительное пребывание больного в постели является вынужденным следствием тяжелого течения многих острых и хронических заболеваний. Длительное лежание или обездвиженность больного не так безобидны, как это кажется на первый взгляд. Обездвиженность порождает много очень серьезных осложнений. Эти осложнения существенно ухудшают исход основного заболевания, являются сами по себе грозными заболеваниями, способствующими инвалидизации больного.

Частым осложнением у тяжелобольных пациентов, длительно пребывающих на постельном режиме, является развитие пролежней. Ответьте на вопросы в таблице ниже и если вы ответили «да» 3 и более раз на поставленные вопросы, то у Вас возможен РИСК развития пролежневых язв.

Вопросы по факторам риска	Отметьте, если этот фактор риска относится к Вам
Вы старше 65 лет?	
Ваша подвижность ограничена?	
У Вас есть проблемы с контролем мочеиспускания и дефекации?	
Ваша кожа сухая, липкая или покрасневшая?	
Ваш вес выше или ниже средних показателей?	
Наблюдается ли у Вас смена аппетита или потеря веса?	
Вы анемичны?	
У вас есть диабет?	
Были ли у Вас недавно серьезные операции?	
Вы курите?	
У Вас есть органная недостаточность?	

Осмотрите кожу больного, особое внимание над костными выступами



Усугубляющим фактором риска развития пролежней является недержание мочи. Недержание мочи – потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря. Непроизвольная потеря мочи не только медицинская, но социальная и гигиеническая проблема.

Как можно помочь при расстройствах мочеиспускания
Основные факторы риска развития раздражения кожи
и комплексное решение от HARTMANN

Патогенные бактерии, присутствующие на коже, и контрастный pH могут привести к развитию раздражения кожи и дерматита, вызванного недержанием. В pH-сбалансированном организме моча имеет слабокислую реакцию по утрам (pH = 6,5–7,0) и к вечеру становится более щелочной (pH = 7,5–8,0). С возрастом происходит защелачивание мочи.

Закрученная целлюлоза, входящая в состав средств Molisystem (Молисистема), нормализует pH и минимизирует воздействие патогенных бактерий на поверхности кожи, замедляя и останавливая их рост.

На основании проведенного в России исследования выявлено, что закрученная целлюлоза специального вида с кислой реакцией, входящая в состав верхнего слоя трехслойной впитывающей подушки подгузников MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт), может содействовать нормализации окружающей кожу среды и способствовать поддержанию кожи под подгузником в здоровом состоянии.

Результаты этого исследования показывают, что закрученная целлюлоза специального вида существенно снижает рост микроорганизмов, минимизирует воздействие и проникновение на кожу патогенных бактерий с окружающих кожу поверхностей.

Применение подгузников MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт) уменьшает негативное влияние недержания мочи на кожу и поддерживает здоровье кожи.

Если человек не может контролировать мочеиспускание, кожа в области промежности постоянно переувлажнена. Применение недышащих впитывающих средств повышает запотевание и приводит к длительному воздействию влаги на кожу. Это приводит к утрате защитной функции кожи.

Верхний слой трехслойной впитывающей подушки MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт) состоит из закрученной целлюлозы, быстро проводящей жидкость во второй слой впитывающей подушки с суперабсорбентом. Суперабсорбент (SAP) находится в среднем слое трехслойной впитывающей подушки. Он впитывает и удерживает мочу. Поэтому кожа пациента, находящегося в подгузнике MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт), остается сухой. Воздухопроницаемые боковые стороны подгузников MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт) обеспечивают свободную циркуляцию воздуха в области бедер, предотвращая появление «парникового эффекта» и опрелостей на коже пациента.



MoliMed® Premium for men/ МолиМед Премиум для мужчин
 Урологические вкладыши для мужчин

Урологические вкладыши для мужчин с легкой степенью недержания мочи. Надежно впитывают жидкость, превращая ее в гель, и нейтрализуют специфический запах. Мягкий верхний нетканый материал обеспечивает комфорт в использовании. Поддерживают благоприятный для кожи уровень pH 5,5 и оказывают антимикробное действие. Надежно крепятся к белью и незаметны под одеждой. Вкладыш MoliMed for Men active (МолиМед фо Мен актив) – разработан в форме кармашка, вкладыш MoliMed for Men protect (МолиМед фо Мен протект) –

в форме прокладки с круговой системой защиты. Оба вида вкладышей учитывают анатомические особенности мужского тела и рекомендуются для применения при легкой степени недержания, а также после оперативных вмешательств.



MoliMed/МолиМед
 Урологические прокладки для женщин

Применяются при всех видах стрессового, ургентного и смешанного недержания в легкой форме, а также при капельном недержании. Рекомендуются для применения в зрелом возрасте после 45 лет, во время беременности, после родов и оперативных вмешательств, а также в случае обильных выделений в критические дни. Серия прокладок МолиМед Премиум Микро: максимальная впитываемость при минимальной толщине (до 5 мм). Прокладки МолиМед Премиум Ультра Микро рекомендуется использовать в качестве ежедневных. Прокладки МолиМед Премиум Микро Лайт, Микро и Мини имеют дополнительные контурные линии в виде тиснения для равномерного распределения жидкости и индивидуальную упаковку. Прокладки МолиМед Премиум Миди и МолиМед Премиум Макси обладают самой высокой впитываемостью и имеют дополнительные эластичные манжеты против протекания.



MoliCare® Mobile/ Моликар Мобайл
 Впитывающие трусы при средней, тяжелой и очень тяжелой степени недержания
 Используются при средней и тяжелой степени недержания у подвижных пациентов.

Характеристика

Новое поколение специальных впитывающих трусов при недержании с инновационными свойствами для подвижных пациентов. Хорошо прилегают к телу за счет улучшения эластичности абсорбирующего изделия в области ног, бедер и талии. Незаметны под одеждой. Улучшенные боковые бортики способствуют дополнительной защите от протекания. Индикатор влагонасыщения гарантирует контроль для своевременной замены. Мягкий дышащий материал обеспечивает свободную циркуляцию воздуха. Трехслойная впитывающая подушка способствует надежной защите от протекания. Верхний проводящий слой на основе закрученной целлюлозы оказывает антимикробное действие и поддерживает благоприятный для кожи фактор pH 5,5, предупреждая возможные раздражения кожи. Впитывающая подушка благодаря действию суперабсорбента превращает жидкость в гель и действует, как магнит, прочно удерживая жидкость и запах внутри. Дерматологически протестированы, подходят для людей с чувствительной кожей.

Основные законодательные принципы обеспечения абсорбирующим бельем и подгузниками. Какое количество ТСП положено по закону при вписывании в ИПРА, какой порядок обеспечения ими, как правильно рассчитать потребность.

Основные законодательные принципы обеспечения абсорбирующим бельем и подгузниками аналогичны принципам и маршруту по обеспечению специальными средствами при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемниками).

Уполномоченным органом по обеспечению инвалидов ТСП в виде абсорбирующего белья и подгузниками в регионах Российской Федерации является Фонд социального страхования РФ в виде отделений по месту жительства инвалида. Единственное отличие только в городе Москве, где таким уполномоченным органом выступает Департамент труда и социальной защиты города Москвы в виде отделений центров социального обслуживания.

Правовой основой являются те же правовые акты, описанные в данной брошюре.

Только в части расчетов норм обеспечения и что положено по закону, руководство необходимо в указанных ранее приказах Минтруда России № 86н (Классификация ТСП) и № 85н (Сроки пользования ТСП) уже другим разделом, а именно – разделом 22 «Абсорбирующее белье, подгузники». С данными нормативами можно ознакомиться в **Приложении № 7**.

Выбор подгузника является строго индивидуальным, зависит от тяжести состояния больного и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения, степени активности, способности к самостоятельной бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Подбор подгузников детям должен основываться на аналогичных принципах и обязательно учитывать массу тела ребенка и его состояние.

Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело, не провисать и не смещаться при движении, что обеспечит его эффективность и надежность.

Подгузники имеют различные размеры для взрослых и детей.

Согласно Приказу Минтруда России от 13 февраля 2018 г. № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены», разделу 22 «Абсорбирующее белье, подгузники», подгузники со сроком использования до 8 ч на 1 изделие (при синдроме полиурии — не более 5 ч) предлагаются в 5 размерах.

Подгузники для взрослых имеют следующие типоразмеры и степень впитывающей способности:

- **сверхмалый размер «XS»**, рассчитанный на объем талии 40–60 см, может иметь различную впитывающую способность — не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;
- **малый размер (S, small)**, рассчитанный на объем талии 60–80 см, может иметь различную впитывающую способность — не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;
- **средний размер (M, medium)**, рассчитанный на объем талии 70–110 см, может иметь различную впитывающую способность — не менее 800, 900, 1500, 2000, 2100, 2310, 3600 мл;
- **большой размер (L, large)**, рассчитанный на объем талии 100–150 см, может иметь различную впитывающую способность — не менее 800, 1100, 1500, 2100, 2200, 2400, 2700, 4100 мл;
- **очень большой размер (XL, extralarge)**, рассчитанный на объем талии 120–160 см, может иметь различную впитывающую способность - не менее 1500, 2100, 2140, 3300 мл.

Подгузники для детей имеют различные типоразмеры в зависимости от массы тела ребенка: **для детей с массой тела 3–6 кг, 4–9 кг, 7–18 кг, 11–25 кг, 15–30 кг.**

Определение рекомендуемого размера подгузника у взрослого инвалида осуществляется путем измерения окружности талии с последующим соотношением с типовыми размерами самого подгузника (**XS, S, M, L, XL**) и размером одежды пациента.

При определенном размере подгузника выбор изделия с необходимым уровнем впитывающей способности будет зависеть от объема суточного диуреза пациента и его распределения в течение суток.

Для расчета суточной потребности в подгузниках для взрослых может использоваться следующая формула:

Суточный диурез, мл / Впитываемость подгузника, мл = Норматив суточного обеспечения.

Количество необходимых подгузников обычно рассчитывается исходя из норматива — три единицы абсорбирующего белья (подгузников и пеленок) на человека в сутки.

Для детей раннего возраста при подборе подгузника учитывается масса тела, в соответствии с которой рекомендуется изделие с определенной впитывающей способностью. При подборе подгузников для детей также необходимо учитывать суточный диурез.

Обеспечение инвалидов абсорбирующими изделиями осуществляется в соответствии с ИПРА, разрабатываемой специалистами федеральных государственных учреждений МСЭ.

Решение о наличии объективных медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями принимается на основе анализа медицинских документов (выписки из истории болезни, амбулаторной карты, направления на медико-социальную экспертизу и др.), а также данных очного обследования пациента специалистами бюро МСЭ.

В медицинских документах должна быть представлена следующая информация:

- **anamnestические данные о длительности заболевания, типе его течения (регрессирующее, ремитирующее, стационарное, прогрессирующее), степени тяжести, клиническом прогнозе; в случае регрессирующего, ремитирующего, прогрессирующего течения — о календарных сроках динамики в течении заболевания (хронологические периоды изменения состояния);**
- **данные о признаках патологического процесса, выявленных при осмотре больного в ЛПУ (стационаре, поликлинике) или на дому (видимое отхождение мочи, следы мочи на нижнем или постельном белье, запах мочи, реактивные или органические изменения кожных покровов промежности, перкуторное определение остаточной мочи или переполненного мочевого пузыря, видимые противоестественные отверстия для истечения мочи и др.);**
- **клинико-функциональный диагноз с указанием топика поражения, синдрома (нейрогенный мочевого пузыря и др.), симптома (императивные позывы, периодическое недержание мочи, постоянное недержание мочи, парадоксальная задержка мочи) и степени недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая);**
- **данные лабораторных и инструментальных методов обследования (с обязательным указанием календарных сроков осуществления соответствующих процедур), подтверждающих наличие патологического процесса.**

В направлении больного на медико-социальную экспертизу обязательно должны быть заключения невролога, уролога и гинеколога (у женщин); развернутый клинико-функциональный диагноз, подтвержденный данными клинического, лабораторного и инструментального методов обследования, с обязательным указанием степени тяжести недержания мочи (в мл).

Решение по обеспечению инвалидов абсорбирующими изделиями может приниматься в случае признания гражданина инвалидом как по результатам очного освидетельствования больного, так и данным анализа представленной документации (заочное освидетельствование).

Медицинскими показаниями для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками являются стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функций выделения.

Согласно Приказу Минтруда России от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», разделу 22. «Абсорбирующее белье, подгузники», абсолютным медицинским противопоказанием для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками является аллергическая реакция на материал, из которого изготовлены изделия.

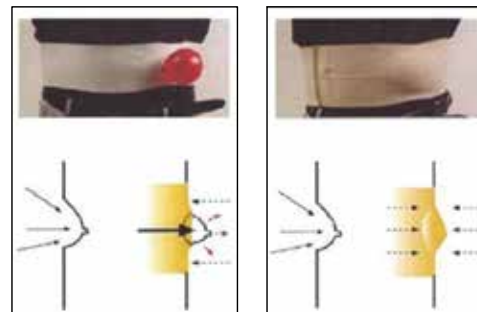
ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Разработано в Центре реабилитации стомированных пациентов ФГБУ «ГНЦК» Минздрава России.

ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАНДАЖА (у стомированных пациентов).



1. Бандаж надевается в положении лежа.
2. Бандаж надевается поверх калоприемника.
3. Вырезание отверстий в бандаже в проекции стомы абсолютно недопустимо. Это создает предпосылки для формирования парастомальной грыжи и пролапса (выворачивания, выпадения кишки через стому).



На рисунках изображены готовые бандажи, но и на обычном эластичном послеоперационном бандаже можно сделать аналогичное щелевидное отверстие для мешка. Послеоперационный бандаж – это не корсет. Одевается он в положении лежа, без особого натяжения, поэтому он не сдавливает брюшную стенку (и стому в том числе), а лишь поддерживает ее. В послеоперационном эластичном бандаже, после надевания, прорежьте щелевидное отверстие на уровне нижнего края пластины калоприемника или на 3–4 см ниже, так, чтобы через него можно было вытащить мешок на 1/3–1/2 его длины для удобства опорожнения.



Бандажи для использования стомированными пациентами должны удовлетворять всем необходимым требованиям: обеспечивать эластичное поддержание брюшной стенки, гигиеничность. Важно правильно выбрать размер бандажа. Следуйте инструкции по применению данного изделия.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2.

Разработано в Центре реабилитации стомированных пациентов ФГБУ «ГНЦК» Минздрава России.

УХОД ЗА СТОМОЙ ПРИ РЕТРАКЦИИ. ВЫРАВНИВАНИЕ ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.

При отклеивании пластины внимательно осмотрите ее. Зона аррозии, размягчения адгезива соответствует месту протекания кала под пластину. Как правило, она соответствует неровности перистомальной кожи. Эту область необходимо выровнять, для этого проще всего пользоваться пастой-герметиком в полосках Колопласт или КонваТек (рис.1).



Рис. 1

Можно применить с этой же целью адаптационные пластиковые кольца (рис. 2). Внутренний диаметр такого кольца должен совпадать с диаметром стомы, или быть чуть меньше, но не более чем на 0,5 – 0,8 см, так как именно на такую величину можно растянуть кольцо.



Рис. 2

Лучше использовать конвексную пластину с ремнем для увеличения степени надежности системы (рис.3).

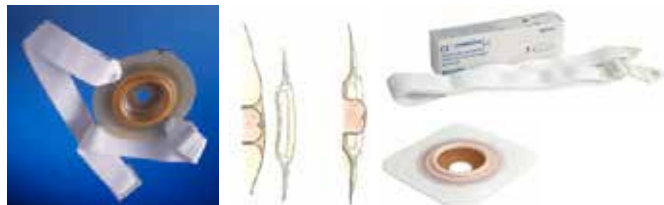


Рис. 3

В некоторых случаях из-за глубины ретракции необходимо использовать и пасту в полосках, и конвексную пластину с ремнем.

При деформированной перистомальной области пластину следует наклеивать в положении стоя или сидя. Снимите с пластины защитную пленку. Аккуратно подведите пластину к стоме, так, чтобы нижняя полуокружность отверстия в пластине максимально близко расположилась под стомой. Наклеивайте пластину снизу вверх. Продвигайтесь вверх, аккуратно придавливая ее к коже, в первую очередь вокруг стомы, потом по окружности, из центра наружу.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3.

Разработано в Центре реабилитации стомированных пациентов ФГБУ «ГНЦК» Минздрава России.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ ПЕРИСТОМАЛЬНОМ ДЕРМАТИТЕ.

Для того, чтобы залечить такое повреждение кожи, необходимо использование двухкомпонентной системы калоприемника. Так как под пластиной, защищающей кожу в течение 3–5 дней, возможна эпителизация, заживление поврежденной кожи. Важно понять, почему раздражение возникает именно в этом месте. При снятии пластины посмотрите, в каком месте адгезии участок кожи разрыхлен, разрушен более всего. Скорее всего, это соответствует участку, где имеется неровность (углубление) кожи, которое можно увидеть в положении человека стоя или сидя.

ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ:

1. Осторожно очистить кожу вокруг стомы (теплая вода, детское мыло или очиститель для кожи вокруг стомы).



2. На поврежденную поверхность кожи присыпать порошок Статин (отечественный, есть в аптеках) или абсорбирующий порошок Колопласт, Конватек. Излишки порошка на коже аккуратно удалить (сдуть).



3. Вокруг стомы нанести пасту-герметик, в том числе и на прикрытую порошком поврежденную поверхность. Идеальным лечебным эффектом обладают кольца Еакip, которые накладываются вместо пасты-герметика (см. рисунок).



4. В положении стоя или сидя, лучше перед зеркалом, приклеить пластину калоприемника, надеть на нее мешок. Важно, чтобы отверстие в пластине точно соответствовало размеру стомы, диаметр отверстия может быть только на 2-3 мм больше диаметра стомы.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 4.

СПИСОК РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

МОСКВА

НАБНФЭС «АСТОМ»

Национальная ассоциация больных с нарушениями функций экскреторной системы

РООИСБ «АСТОМ»

Региональная общественная организация инвалидов
стомированных больных города Москвы

109544, Россия, Москва, Ковров переулок, дом 28, строение 1

Телефон: +7 (800) 250-23-43 (Горячая линия); +7 (495) 678-27-30

E-mail: astom_astom@hotmail.com **Сайт:** www.astom.ru

Форум для стомированных пациентов: <http://astom.ru/ru/forum-stomirovannykh-lyudei-i-lyudei-s-drugimi-vidami-narusheniya-funktsii-vydeleniya-obshchestve-62>

Президент – д.с.н. Суханов Вячеслав Геннадьевич

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

«АССКОЛ» Ассоциация стомированных больных г. Санкт-Петербурга

199053, г. Санкт-Петербург, 1-ая линия Васильевского острова, 48

Телефон: +7 (812) 323-55-18 **E-mail:** pr.asscol@gmail.com, asskol@inbox.ru

Сайт: <http://asscolspb.ru/>

Президент – Случевский Владислав Евгеньевич

ВОЛОГДА

«Асстом-Вологда» Вологодская региональная общественная организация
инвалидов стомированных больных г. Вологда

160019, Вологда, ул. Чернышевского, 118

Телефон: +7 (8172) 54-64-54; +7 (911) 448-57-87 **E-mail:** asstom-ologda@mail.ru

Председатель Правления – Алла Николаевна Климова

ПЕРМЬ

«УРАЛСТОМ»

Городская общественная организация инвалидов стомированных больных г. Пермь

614000, г. Пермь, ул. Екатерининская, дом 224, каб. 19, поликлиника №5

Телефон: +7 (912) 884-89-75, +7 (904) 849-99-83 **E-mail:** gramatchikova.mila@yandex.ru

Президент – Граматчикова Людмила Евгеньевна

КРАСНОДАР

«КУБСТОМ» Региональная общественная организация инвалидов стомированных
больных Краснодарского края

350001, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 178, кв. 112

Телефон: +7 (861) 239-52-59 **E-mail:** Valeriy.Lezhnin@yandex.ru

Президент – Лежнин Валерий Николаевич

АРМАВИР

«АРМСТОМ» Региональная общественная организация инвалидов стомированных
больных города Армавира

352932, г. Армавир, ул. Тимирязева, 79

Телефон: +7 (918) 031-59-54 **E-mail:** aleksadrmostovoi@mail.ru

Президент – Александр Николаевич Мостовой

АСТРАХАНЬ

«СТОМАСТ» Региональная общественная организация инвалидов стомированных
больных г. Астрахань

Телефон: +7 (905) 363-04-85 **E-mail:** stomast@yandex.ru

Президент – Старенко Вера Михайловна

РОСТОВ-НА-ДОНУ

«АСТОМДОН» Ростовская общественная организация инвалидов и стомированных
больных г.Ростов-на-Дону

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, дом 53, оф. 8

Телефон: +7 (928) 270-35-65 **E-mail:** astomdon@mail.ru

Председатель – Рыбина Елена Витальевна

БАРНАУЛ

Алтайская краевая общественная организация «Вместе против рака»

656015, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Профинтерна, 5

E-mail: aromf@mail.ru

Председатель – Иванова Людмила Ивановна

САМАРА

Самарская общественная организация инвалидов стомированных больных
«ВМЕСТЕ»

Телефон: +7 (917) 810-56-22 **E-mail:** Vmeste_SamGMY@mail.ru

Председатель – Борисова Татьяна Анатольевна

СЫКТЫВКАР

Коми региональная общественная организация инвалидов стомированных
больных «АСТОМ-КОМИ»

167021, Республика Коми, г. Сыктывкар, проспект Бумажников, д.44, кв. 10

Телефон: +7 (8212) 24-30-20 **E-mail:** astom-komi@mail.ru

Председатель – Липатов Игорь Анатольевич

ЧЕЛЯБИНСК

Челябинская региональная общественная организация
инвалидов-стомированных больных «Новая жизнь»

г. Челябинск

Телефон: +7 (912) 773-45-55 **Skype:** [tab_viktor](https://www.skype.com/user/tab_viktor) **E-mail:** vita502458@gmail.com

Председатель – Табашников Виктор Ильич

УФА

Автономная некоммерческая организация по содействию в защите прав
и оказанию социальной помощи онкологическим и стомированным паци-
ентам «Равное право на жизнь»

450054, Республика Башкортостан, город Уфа, Проспект Октября, 73/1

Телефон: +7 (927) 084-00-99 **E-mail:** infoano2018@mail.ru

Генеральный директор АНО «Равное право на жизнь» – Болонистов Александр Николаевич

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5.

СПИСОК КАБИНЕТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА БАЗЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

МОСКВА

Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рязикова Минздрава России
Городская клиническая больница №24

Детская Морозовская клиническая больница, гастроэнтерологическое отделение

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, отделение колопроктологии

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

БАЛАШИХА
МУЗ городского округа Балашиха
«Центральная районная больница»
ЩЕЛКОВО
МУЗ «Щелковская районная больница № 2»
ЕГОРЬЕВСК
«Егорьевская ЦРБ», поликлиника № 3
ДУБНА
МУЗ Поликлиника № 1
ЛЮБЕРЦЫ
Люберецкая ГКБ им. Ухтомского А.В.
КОРОЛЕВ
МУЗ ГКБ № 1, поликлиника
ЖУКОВСКИЙ
МУЗ Городская поликлиника

ЦФО
ТУЛА
ГУЗ ТО Тульская областная больница
БЕЛГОРОД
ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иосифа»
РЯЗАНЬ
ГУЗ «Рязанская областная больница»

УФО
ПЕРМЬ
МУЗ «Городская клиническая поликлиника № 4»
КИРОВ
ГУЗ «Кировская городская клиническая больница № 6» «Лепсе»
ЕКАТЕРИНБУРГ
ОКБ № 1 (ГУЗ "Свердловская областная клиническая больница")
НИЖНИЙ ТАГИЛ
МУЗ «Центральная городская больница № 1»
ЧЕЛЯБИНСК
МУЗ «Городская клиническая больница № 8»
МАГНИТОГОРСК
ГУЗ «Городская больница № 4»
Магнитогорск, Окружная больница

ПФО
УФА
МУЗ «Городская клиническая больница № 21»
СТЕРЛИТАМАК
МУЗ «Клиническая больница № 1»
Н. НОВГОРОД
Городская поликлиника № 51
(городской колопроктологический центр)
САМАРА
Клиники Самарского государственного медицинского университета
САРАТОВ
Клиническая больница им. С. Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета
УЛЬЯНОВСК
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ОРЕНБУРГ
Оренбургская областная клиническая больница № 2
ЧЕБОКСАРЫ
МУЗ «Городская клиническая больница № 1»
ЮФО
СТАВРОПОЛЬ
МУЗ «2-ая Городская клиническая больница», центр колопроктологии
КРАСНОДАР
МУЗ «Городская больница № 2 КМЛДО»
АСТРАХАНЬ
Александро-Мариинская областная клиническая больница
Областной онкологический диспансер
СЗФО
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ГУЗ Ленинградская областная клиническая больница
СПБ ГУЗ «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ПЕТРОЗАВОДСК
МУЗ «Городская поликлиника № 1»

Специалисты по реабилитации стомированных пациентов, подготовленные в ФГБУ "ГНЦК" Минздрава России, работают на базе онкодиспансеров и хирургических отделений в городах:

ЦФО Ярославль.
СЗФО Архангельск, В. Новгород, Калининград, Мурманск, Сыктывкар, Тверь, Череповец.
УФО Армавир, Волгоград, Волжский, Новороссийск, Пятигорск, Сочи, Шахты.
ПФО Казань, Нижний Новгород, Самара.
УФО Екатеринбург, Ижевск, Каменск-Уральский.
СФО Ангарск, Барнаул, Иркутск, Кемерово, Красноярск, Омск.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6.

ВИДЫ ТСР И СРОКИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗДЕЛА 21.
«СПЕЦИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИЙ ВЫДЕЛЕНИЯ (МОЧЕ- И КАЛОПРИЕМНИКИ)» ПРИКАЗОВ МИНТРУДА РОССИИ № 86Н (КЛАССИФИКАЦИЯ ТСР) И № 85Н (СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТСР)

«Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены»

Пункт раздела «Технические средства реабилитации»	Номер вида технического средства реабилитации (изделий)	Вид технического средства реабилитации (изделия)	Сроки пользования
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	21-01-01	Однокомпонентный дренируемый калоприемник со встроенной плоской пластиной	не менее 24 часов
	21-01-02	Однокомпонентный дренируемый калоприемник со встроенной конвексной пластиной	
	21-01-03	Однокомпонентный недренируемый калоприемник со встроенной плоской пластиной	не менее 12 часов
	21-01-04	Однокомпонентный недренируемый калоприемник со встроенной конвексной пластиной	
	21-01-05	Однокомпонентный дренируемый уроприемник со встроенной плоской пластиной	не менее 24 часов
	21-01-06	Однокомпонентный дренируемый уроприемник со встроенной конвексной пластиной	
	21-01-07	Двухкомпонентный дренируемый калоприемник в комплекте: • Адгезивная пластина, плоская • Мешок дренируемый	
	21-01-08	Двухкомпонентный дренируемый калоприемник для втянутых стом в комплекте: • Адгезивная пластина, конвексная • Мешок дренируемый	- не менее 3 суток - не менее 24 часов

Пункт раздела «Технические средства реабилитации»	Номер вида технического средства реабилитации (изделий)	Вид технического средства реабилитации (изделия)	Сроки пользования
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	21-01-09	Двухкомпонентный недренируемый калоприемник в комплекте: • Адгезивная пластина, плоская • Мешок недренируемый	- не менее 3 суток - не менее 12 часов
	21-01-10	Двухкомпонентный недренируемый калоприемник для втянутых стом в комплекте: • Адгезивная пластина, конвексная • Мешок недренируемый	- не менее 3 суток - не менее 12 часов
	21-01-11	Двухкомпонентный дренируемый уроприемник в комплекте: • Адгезивная пластина, плоская • Мешок уростомный	- не менее 3 суток - не менее 24 часов
	21-01-12	Двухкомпонентный дренируемый уроприемник для втянутых стом в комплекте: • Адгезивная пластина, конвексная • Мешок уростомный	- не менее 3 суток - не менее 24 часов
	21-01-13	Пояс для калоприемников и уроприемников	не менее 2 месяцев
	21-01-14	Калоприемник из пластмассы на поясе в комплекте с мешками	
	21-01-15	Мочеприемник ножной (мешок для сбора мочи), дневной	не менее 3 суток
	21-01-16	Мочеприемник прикроватный (мешок для сбора мочи), ночной	
	21-01-17	Пара ремешков для крепления мочеприемников (мешков для сбора мочи) к ноге	не менее 15 суток
	21-01-18	Уропрезерватив с пластырем	не менее 24 часов
	21-01-19	Уропрезерватив самоклеящийся	
	21-01-20	Катетер для самокатетеризации лубрицированный	не менее 4 часов
	21-01-21	Наборы – мочеприемники для самокатетеризации: мешок – мочеприемник, катетер лубрицированный для самокатетеризации, емкость с раствором хлорида натрия	
	21-01-22	Катетер уретральный длительного пользования	
	21-01-23	Катетер уретральный постоянного пользования	не менее 1 месяца
	21-01-24	Катетер для эпицистостомы	не менее 1 недели

Пункт раздела «Технические средства реабилитации»	Номер вида технического средства реабилитации (изделий)	Вид технического средства реабилитации (изделия)	Сроки пользования
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	21-01-25	Система (с катетером) для нефростомии	не менее 3 месяцев
	21-01-26	Катетер мочеточниковый для уретерокутанеостомы	
	21-01-27	Анальный тампон (средство ухода при недержании кала)	не менее 12 часов
	21-01-28	Ирригационная система для опорожнения кишечника через колостому	не менее 3 месяцев
	21-01-29	Паста-герметик для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в тубе, не менее 60 г	не менее 1 месяца
	21-01-30	Паста-герметик для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в полосках, не менее 60 г	
	21-01-31	Крем защитный в тубе, не менее 60 мл	
	21-01-32	Пудра (порошок) абсорбирующая в тубе, не менее 25 г	
	21-01-33	Защитная пленка во флаконе, не менее 50 мл	
	21-01-34	Защитная пленка в форме салфеток, не менее 30 шт.	
	21-01-35	Очиститель для кожи во флаконе, не менее 180 мл	
	21-01-36	Очиститель для кожи в форме салфеток, не менее 30 шт.	
	21-01-37	Нейтрализатор запаха во флаконе, не менее 50 мл	
	21-01-38	Абсорбирующие желирующие пакетики для стомных мешков, 30 шт.	
	21-01-39	Адгезивная пластина-полукольцо для дополнительной фиксации пластин калоприемников и уроприемников, не менее 40 шт.	
	21-01-40	Адгезивная пластина – кожный барьер	не менее 3 суток
	21-01-41	Защитные кольца для кожи вокруг стомы	не менее 24 часов
	21-01-42	Тампон для стомы	не менее 12 часов

ВИДЫ ТСР И СРОКИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗДЕЛА 22. «АБСОРБИРУЮЩЕЕ БЕЛЬЕ, ПОДГУЗНИКИ» ПРИКАЗОВ МИНТРУДА РОССИИ № 86Н (КЛАССИФИКАЦИЯ ТСР) И №85 Н (СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТСР).

22. Абсорбирующее белье, подгузники	22-01	Абсорбирующее белье, подгузники		
	22-01-01	Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40 х 60 см (впитываемостью от 400 до 500 мл)	Впитывающие простыни; впитывающие пеленки	Не более 8 часов (при синдроме полиурии – не более 5 часов)
	22-01-02	Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60 х 60 см (впитываемостью от 800 до 1200 мл)		
	22-01-03	Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60 х 90 см (впитываемостью от 1200 до 1900 мл)		
	22-01-04	Подгузники для взрослых, размер "XS" (объем талии/бедер до 60 см), с полным влагопоглощением не менее 1000 г	Подгузники для взрослых; подгузники для детей; урологический впитывающий вкладыш (для мужчин и женщин); впитывающие трусы для взрослых (для мужчин или женщин); прокладки урологические (для мужчин или женщин);	
	22-01-05	Подгузники для взрослых, размер "XS" (объем талии/бедер до 60 см), с полным влагопоглощением не менее 1200 г		
	22-01-06	Подгузники для взрослых, размер "S" (объем талии/бедер до 90 см), с полным влагопоглощением не менее 1000 г		
	22-01-07	Подгузники для взрослых, размер "S" (объем талии/бедер до 90 см), с полным влагопоглощением не менее 1400 г		

22. Абсорбирующее белье, подгузники	22-01-08	Подгузники для взрослых, размер "M" (объем талии/бедер до 120 см), с полным влагопоглощением не менее 1300 г	Подгузники для взрослых; подгузники для детей; урологический впитывающий вкладыш (для мужчин и женщин); впитывающие трусы для взрослых (для мужчин или женщин); прокладки урологические (для мужчин или женщин);	Не более 8 часов (при синдроме полиурии – не более 5 часов)
	22-01-09	Подгузники для взрослых, размер "M" (объем талии/бедер до 120 см), с полным влагопоглощением не менее 1800 г		
	22-01-10	Подгузники для взрослых, размер "L" (объем талии/бедер до 150 см), с полным влагопоглощением не менее 1450 г		
	22-01-11	Подгузники для взрослых, размер "L" (объем талии/бедер до 150 см), с полным влагопоглощением не менее 2000 г		
	22-01-12	Подгузники для взрослых, размер "XL" (объем талии/бедер до 175 см), с полным влагопоглощением не менее 1450 г		
	22-01-13	Подгузники для взрослых, размер "XL" (объем талии/бедер до 175 см), с полным влагопоглощением не менее 2800 г		
	22-01-14	Подгузники для детей весом до 5 кг		
	22-01-15	Подгузники для детей весом до 6 кг		
	22-01-16	Подгузники для детей весом до 9 кг		
	22-01-17	Подгузники для детей весом до 20 кг		
22-01-18	Подгузники для детей весом свыше 20 кг			

ОСНОВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ,

необходимые при бесплатном получении специальных средств ухода за стомой (ТСР) и при прохождении комиссии медико-социальной экспертизы (МСЭ) при получении инвалидности
Федеральный закон от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Федеральный закон от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Для того чтобы получить технические средства реабилитации бесплатно, необходимо воспользоваться следующими основными правовыми документами:

Постановление Правительства РФ от 30.06.1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».

Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р «Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду».

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 февраля 2018 г. № 86н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005г. №2347-р».

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 февраля 2018 г. № 85н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г. № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера».

Письмо Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июня 2015 года № 13-3/10/В-4473 «О правоприменении нормативных правовых актов в сфере обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в части предоставления инвалидам абсорбирующего белья, подгузников и специальных средств при нарушении функции выделения».

Чтобы получить технические средства реабилитации бесплатно, только по Москве:

Постановление Правительства города Москвы от 25 августа 2009 г. № 841-ПП «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия (кроме зубных протезов), за счет субвенций из федерального бюджета».

Распоряжение Правительства города Москвы от 10 августа 2005 г. № 1506-РП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой».

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Департамента информационных технологий города Москвы от 21.02.2019г. № 124/64-16-44/19 «О порядке ведения Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве».

Медико-социальная экспертиза. Инвалидность.

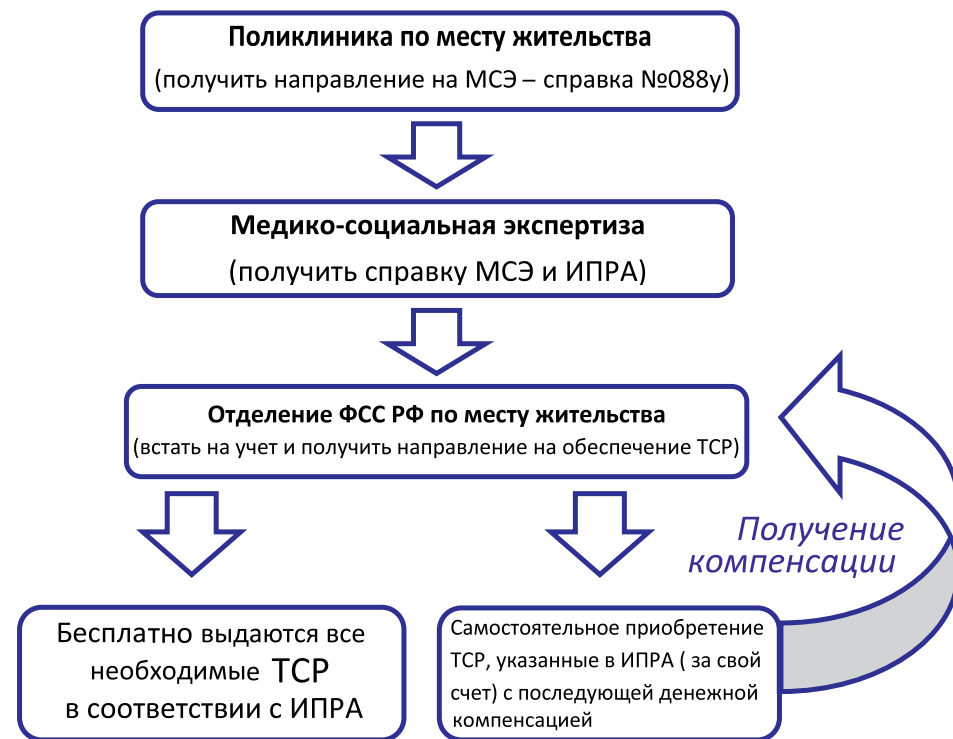
Индивидуальная программа реабилитации. Основные правовые акты:

Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95 (ред. от 14.11.2019) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

Приказ Минтруда от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Приказ Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Алгоритм действий стомированного пациента в регионах России (кроме Москвы) для бесплатного получения средств ухода за стомой (или получения компенсации за самостоятельно приобретенные ТСР)



*Брошюра выпущена в рамках реализации Проекта:
«Хочу жить активно! Повышение качества жизни стомированных людей»
№19-2-009384 с использованием Гранта Президента Российской Федерации,
предоставленного Фондом президентских грантов.*

