

Уход за больным со стомой

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

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

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

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

Стома должна оснащаться калоприемником или мочеприемником для сбора удаляемого содержимого, каловых масс или мочи, она требует специального ухода. Определение «стома» появляется также в другом значении, в названиях свищей, предназначенных для питания больных - гастростома (соединение с желудком). Таким образом, стома представляет собой вид свища, соединяющего орган (дыхательные пути, пищевод или мочевую систему) с кожей.

Колостома

Колостому называют искусственным анальным отверстием, она представляет собой соединение просвета толстой кишки с кожей. Чаще всего располагается с левой стороны брюшной полости. Колостома имеет круглую форму, может быть слегка удлиненной, ее внешний диаметр составляет около 2-5 см. Колостома правильной формы должна выступать над кожей на 1-1,5 см. Слизистая оболочка колостомы розово-красная по цвету. Колостомы обычно небольших размеров, увеличиваются под воздействием удаляемых каловых масс.

Причины формирования колостомы:

- опухолевые болезни толстой кишки,
- воспалительные заболевания толстой кишки,

- непроходимость, чаще всего, опухолевая, толстой кишки,
- осложнения болезни толстой кишки,
- механические травмы конечной части толстой кишки.

Непосредственно после операции стома из толстой кишки может быть отечной, но в последующем отек спадает. Следует помнить об уменьшении размеров отверстия в калоприемнике, чтобы он соответствовал размеру стомы.

Илеостома

Илеостома - это соединение просвета тонкой кишки с кожей (чаще всего находится справа). Илеостома имеет круглую форму, может быть слегка удлиненной. Ее внешний диаметр составляет около 2-4 см. При правильной установке выступает над кожей на 2,5-3 см. Илеостома красная по цвету. Отверстие илеостомы обычно небольшого размера, увеличивается под воздействием удаляемого содержимого кишечника. Содержимое кишечника имеет полужидкую консистенцию, обычно большего объема, чем сформировавшиеся каловые массы.

■ Причины применения зачастую связаны с необходимостью вывести конечный отдел на переднюю брюшную стенку для формирования постоянного или временного свища с целью обойти толстую кишку:

- воспаление кишечника (например, язвенное воспаление толстой кишки),
- повреждения толстой кишки вследствие травм либо непроходимости,
- механическая непроходимость кишечника (закупорка кишечника),
- большое количество полипов в толстой кишке.

I Уход за стомой - смена и опорожнение калоприемника:

- Осторожно отклейте калоприемник.



- Тщательно промойте теплой водой кожу вокруг стомы (по возможности, лучше всего это делать под проточной водой из душа).
- Промойте стому чуть теплой, по возможности проточной водой - слизистые кишечника не имеют нервных окончаний, поэтому прикосновение к ним, если кожа либо слизистая не повреждены, не вызывает болевых ощущений.



- Тщательно и осторожно осушите кожу вокруг стомы с помощью мягкого полотенца либо марли; тщательно осушенная кожа - необходимое условие для того, чтобы пластырь хорошо прилегал к ней и не отклеивался.
- Вырежьте отверстие в пластыре, которое соответствовало бы величине калоприемника - отверстие должно соответствовать диаметру стомы,
- Тщательно приклейте пластырь к коже вокруг стомы.
- Если рядом со стомой есть послеоперационные шрамы, борозды, углубления, воспользуйтесь уплотнительной пастой и заполните неровности на коже, а затем приклейте пластырь - это предотвратит протекание содержимого кишечника под пластырь, защищая кожу от повреждений, и поможет больному почувствовать себя более уверенно и безопасно.



- Для очистки кожи можно использовать специальные средства для ухода за кожей, т.е. средство для очистки кожи и защитный крем, что поможет коже после установки стомы быстрее адаптироваться к постоянному отклеиванию и приклеиванию пластыря.

Часть больных пользуется калоприемниками, которые крепятся к специальным пластинкам - ежедневный уход заключается в замене нового калоприемника, а также уходе за кожей вокруг стомы в рамках гигиены всего тела. При необходимости замены калоприемника следует отклеить его и обработать стому в соответствии с вышеуказанными рекомендациями, после чего приклеить новый с

отверстием соответствующего размера.

Помните!

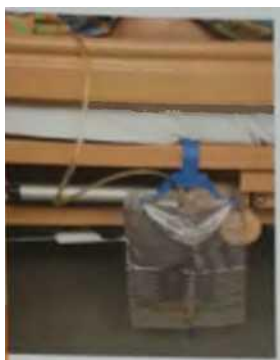
Применяемые в настоящее время калоприемники и доступность консультаций, специализирующихся на стоме, привели к повышению качества жизни больных. Очень важным остается психологический аспект, преодоление отвращения к своему телу, чувства брезгливости либо стеснения или отторжения. Процедуры по уходу следует выполнять тактично, заботясь об интимных чувствах больного.

В процессе ухода за больным со стомой:

- не накладывайте под пластырь мешка никакие мази или кремы, поскольку они снижают адгезионные свойства кожи.
- при всех процедурах по уходу, а также при смене калоприемника - отклеивании и приклеивании пластырей - ведите себя осторожно и деликатно, чтобы не повредить нежную кожу.

Уростома

Уростома - это хирургическая операция, при которой мочевой пузырь может быть отключен или удален. Мочеточники вшиваются в сегмент подвздошной кишки, которая изолируется от остальной части кишки. Один конец участка тонкой кишки остается закрытым. Другой конец проводят через брюшную стенку, где создается отверстие. Эта часть теперь - канал для отвода мочи. Кишка обычно производит слизь, которая будет присутствовать в моче, придавая ей мутный вид. Но это необязательно указывает на инфекцию мочи.



Уростома должна быть постоянно соединена с герметичным мочеприемником, куда поступает моча.

■ Причины формирования уростомы:

- злокачественные опухоли малого таза (чаще всего мочевого пузыря, иногда предстательной железы или родовых путей),
- затруднение отхождения мочи из мочевой системы (уретеролитиаз, нефролитиаз),
- врожденные дефекты мочевой системы,
- травмы в области таза.

Другие виды мочевых свищей

I Нефростома - катетер устанавливается через почку либо непосредственно в почечные лоханки, чтобы моча отходила непосредственно наружу. При работе с мочеприемником следует соблюдать принцип стерильности.

I Цистостома - доступ к мочевому пузырю создается надлобковой костью, является прекрасным решением в том случае, когда невозможна установка типичных катетеров. Например, нет возможности вывести катетер через мочеиспускательный канал (при гипертрофии простаты значительной степени) либо предполагается, что моча будет искусственно отводиться в течение длительного времени. В целях установки цистостомы в максимально наполненный мочевой пузырь через кожу и стенку брюшной полости вкалывается игла с направляющей. Через эту иглу в мочевой пузырь вводится тонкий дренаж, через который будет стекать моча, он соединяется с мочеприемником; в данном случае очень важно соблюдение стерильности.

Гастростома

Гастростома - сформированное отверстие в стенке желудка и передней брюшной стенке, в которое вводится трубка - это свищ, используемый для подачи жидких и полужидких питательных веществ в пищевод. Свищ данного типа позволяет обеспечивать питание в тех случаях, когда больной не может питаться естественным путем.



Необходимость данной операции заключается **во введении** зонда в желудок. Причиной формирования **гастростомы** являются болезни пищевода и прилегающих органов, а **также** расстройства глотания (дисфагия), случаи неоперабельного **рака** пищевода либо ожоги пищевода.

Различные неврологические заболевания, такие как инсульты, другие нервно-мышечные заболевания, хроническое вегетативное состояние, либо кома также приводят к нарушениям при глотании пищи. Происходит парализация мышц, которые отвечают за акт глотания, включающий защитные механизмы, предохраняющие дыхательную систему. Больной поперхивается при попытках кормления либо вообще не может проглотить пищу. Такое состояние может привести к истощению больного.

Гастростома дает возможность сбалансированного питания больных, получения пищи и жидкостей без риска, что больной захлебнется. Гастростома

чаще всего рассматривается как паллиативная процедура в последний период жизни больных раком пищевода.

Значительно реже, при невозможности питания через желудок, аналогичный свищеюностома накладывается на тонкую кишку. В обоих случаях в полый орган (желудок, тонкая кишка), подшитый к передней брюшной стенке, вводится резиновая трубка, которая также крепится к передней брюшной стенке швом или полосками лейкопластыря длиной 15-16 см. Трубка вводится недалеко от лапаротомической раны, защитой наглухо.

Еюностома

Еюностома- это стома, используемая для внутрикишечного питания. Показания для формирования еюностомы могут быть такими же, как в случае гастростомы, однако в преимущественной части данный способ питания назначают больным с опухолями желудка, которым невозможно обеспечить питание через гастростому.

Питание пациентов со стомами

Обычно используется два способа питания. Питание с помощью шприца Жане, обычно около 50- 100 мл. Больному вводят небольшие порции жидкого питания. В течение первых суток с момента установки гастростомы пища вводится небольшими порциями с последующим нарастанием объема и повышением разнообразия вводимого питания.

■ **Метод постоянного введения (применяется реже)** - постоянное капельное введение 30 - 35 капель в минуту (капельница) либо с помощью питательного насоса со скоростью 80-100 мл/ч. Пища вводится в течение 24 либо 18 часов в сутки (с ночным перерывом). Насос подает сигнал о окончании введения питания.



■ Помните!

- Каждое введение пищи должно завершаться введением как минимум 100-150 мл кипяченой воды либо физраствора. Промывание зонда предотвращает его забивание либо сужение просвета отложениями в виде остатков пищи.
- Чистая кожа вокруг питательного протока не требует особых процедур по уходу - достаточно предохранять ее с помощью специально подготовленной сухой марлевой салфетки, сменяемой ежедневно.

- Если кожа покраснела или появился незначительный раневой выпот, после перевязки следует обработать кожу вокруг входного отверстия стомы вводным раствором хлоргексидина 0,2%. В случае незначительных и сухих кожных изменений можно смазать кожу мазью с сино-фланом. Более серьезные изменения необходимо показать врачу.

Диеты, применяемые при внутрикишечном (энтеральном) питании

■ **Энтеральное питание** - вид нутритивной терапии, при которой питательные вещества вводятся перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд. Энтеральное питание относится к видам искусственного питания и, следовательно, не осуществляется через естественные пути. Для проведения энтерального питания необходим тот или иной доступ, а также специальные приспособления для введения питательных смесей. Выбор режима питания определяется состоянием больного, основной и сопутствующей патологией и возможностями лечебного учреждения. Выбор метода, объема и скорости ЭП определяются индивидуально для каждого больного.

Питание через желудочный зонд начинают с изотонических смесей со скоростью 40-60 мл/ч. При хорошей переносимости скорость питания можно увеличивать на 25 мл/ч каждые 8-12 часов до достижения желаемой скорости. При питании через еюностомическую трубку начальная скорость введения смеси должна составлять 20-30 мл/ч, особенно в ближайшем послеоперационном периоде.

Непрерывное капельное введение постепенно «сжимают» до 10-12-часового ночного периода. Такое питание, удобное для больного, можно проводить через гастростому.

Питание сеансами по 4-6 часов проводят только при отсутствии в анамнезе диареи и операций на желудочно-кишечном тракте. Искусственное питание является сегодня одним из базисных видов лечения больных в условиях стационара. Практически не существует области медицины, в которой оно бы не применялось. Наиболее актуально применение искусственного питания (или искусственная нутриционная поддержка) для хирургических, гастроэнтерологических, онкологических, нефрологических и гериатрических контингентов больных.

■ Помните!

В день выписки больного из больницы узнайте вид диеты, рацион, интервалы между приемами пищи. Узнайте, соблюдался ли ночной перерыв и как больной переносил диету. Если вы не получили эту информацию, свяжитесь с медсестрой либо врачом отделения, в котором лежал больной.

Трахеостома

Уход за больным с трахеостомой требует соблюдения соответствующих условий, обеспечивающих опеку возможность



профессионального выполнения манипуляций по уходу, а больному- чувство полной безопасности и комфорта.

Трахеостома (от латинских слов - «трахея» (дыхательная трубка) и «стома» (отверстие)) означает искусственно созданное отверстие в дыхательном горле, в котором находится специальная (трахеостомическая) трубка. Таким образом, трахеостома - это искусственный дыхательный путь.

Уход за больным с трахеостомой делится на несколько этапов, способы его выполнения частично зависят от вида трахеостомической трубки.

Трахеостомическая трубка - это пластиковая или металлическая трубка, через которую происходит дыхание в обход полости рта и носовой полости (воздух попадает непосредственно в трахею и легкие). Трахеостомические трубки предназначены для осуществления искусственной вентиляции легких, вспомогательной вентиляции, самостоятельного дыхания через трахеостому, для проведения ингаляционного наркоза.

Виды трубок:

- металлические (в настоящее время редко применяются): с obturatorом (подвижная внутренняя часть трахеостомической трубки) или без obturatorа,
- пластиковые, силиконовые: могут иметь уплотнительную манжету (или же две манжеты, наполняемые попеременно), подвижный коннектор и дренажную трубку, обеспечивающую отсасывание из пространства над уплотнительной манжетой.

Удаление скапливающихся выделений из горла, носа и бронхиального дерева производится с помощью специального катетера, который должен иметь полукруглый конец. Размер катетера для санации должен соответствовать толщине

трубки пациента и не превышать 2/3 ее диаметра. Удаление жидкости, слизи и других выделений производится также отсосом. Это устройство эффективно действует благодаря созданию вакуума.

Обработка трахеостомической трубки

Эту процедуру нужно выполнять только в случае наличия трубки без уплотнительной манжеты. Трубку следует обрабатывать раз в сутки и по мере необходимости:

- после тщательной санации бронхиального дерева и полости рта осторожно удалите трахеостомическую трубку из трахеостомы,
- тщательно промойте трубку с помощью щеточки (каждый пациент имеет свою собственную щеточку для очистки трубки), осушите, а затем на две минуты опустите в физраствор либо дистиллированную воду (для обессоливания) и снова осушите;
- наконечник трубки увлажните с помощью «Лидокаина»-геля и снова осторожно вставьте в трахеостому.

Обработка obturатора

Большинство используемых в настоящее время трубок оснащено obtуратором, обеспечивающим безопасность проходимости трубки. Обработка obtуратора является очень важной процедурой, поскольку предотвращает сужение просвета трубки. Но очень важно, чтобы у пациента всегда был запасной obtуратор.

В случае если возникло опасение, что трубка забилась, можно быстро удалить obtуратор, что позволяет восстановить вентиляцию через трубку.

Obтуратор следует мыть два раза в сутки.

Контроль герметичности уплотнительной манжеты

Для пациента, которому введена трахеостомическая трубка с уплотнительной манжетой, дополнительными мероприятиями являются: контроль плотности уплотнительной манжеты, а также смена положения трубки.

Контроль направлен на предотвращение выпадения трубки, захлебывания слюной либо содержимым пищеварительного тракта, а также обеспечения соответствующей вентиляции.

Частота контроля герметичности:

- до начала и после санации бронхиального дерева,
- до начала и после кормления, до начала гигиены полости рта,
- после того, как было изменено положение трубки,

- после того, как было изменено положение тела пациента.

Чтобы проконтролировать герметичность манжеты, следует проверить уровень наполнения внешнего баллона. При нажатии большим и указательным пальцем баллон должен свободно пружинить. Манжету необходимо наполнять таким количеством воздуха, чтобы не было слышно шума, свидетельствующего о негерметичности во время вдоха.

Помните!

Пациент с установленной трахеостомой говорит беззвучно - если слышен голос, это свидетельствует о негерметичности манжеты.

Смена положения трахеостомической трубки с уплотнительной манжетой

Смена положения направлена на предотвращение пролежней в трахее и ее сужение. Процедура должна выполняться раз в два часа:

- перед изменением положения трубки следует тщательно отсосать выделения из бронхиального дерева (через трахеостомическую трубку), а затем из полости рта (при необходимости),
- затем через дренажную трубку следует отсосать выделения из пространства над голосовой щелью (если трахеостомическая трубка имеет такую дренажную трубку);
- с помощью шприца удалите воздух из баллона, уплотняющего трубку, и осторожно поменяйте положение трубки на 2-3 мм (аккуратно передвиньте трубку вверх и вниз),
- повторно наполните уплотнительный баллон воздухом с помощью шприца и проверьте уровень герметичности баллона возле трубки, нажимая на наружный баллон, - баллон должен легко пружинить.

Грамотное обращение с трахеостомой является очень важным элементом ухода за больным. Нарушение целостности тканей и влажная среда вокруг трахеостомы способствуют инфицированию. Для предотвращения развития инфекции следует обратить особое внимание на смену повязки вокруг трахеостомы два раза в сутки, а в случае необходимости чаще (каждый раз после попадания влаги или загрязнения). Повязка всегда должна быть чистой и сухой (влажная среда способствует размножению бактерий). Часть пациентов отказывается носить марлевую салфетку под трахеостомической трубкой, однако ее отсутствие часто вызывает ссадины и сдавливания в области трахеостомы, а также затрудняет заживление образующихся ранок.

Уход за кожей вокруг трубки:

- обработайте кожу дезинфицирующим средством и тщательно осушите,
- в случае покраснения, отека, либо раневого выпота на коже вокруг трахеостомы обработайте их спиртовым раствором хлоргексидина.
- трубка крепится на шее стабилизирующей лентой; ее необходимо менять раз в сутки, помните, что лента должна быть завязана таким образом, чтобы под ней помещались два пальца; более сильное затягивание ленты вызывает сдавливание яремных вен и представляет опасность для больного.

Санация бронхиального дерева

Очень важным элементом ухода за больным с трахеостомой является правильное отсасывание слизи и секрета из бронхиального дерева. Эта процедура направлена на удаление скапливающихся выделений и обеспечение проходимости трахеостомической трубки.

■ Помните!

Эта процедура для пациента очень неприятна, но, в то же время - необходима.

Очень часто пациент сам сигнализирует о необходимости отсасывания. В процессе санации движения должны быть деликатными, и одновременно, уверенными.

Подготовьте:

Чтобы процедура прошла успешно, необходимо подготовить место для санации.

Необходимо подготовить:

- электрический отсос,
- соответствующее количество стерильных катетеров санации,
- перчатки,
- дистиллированную воду либо физраствор для промывания дренажной трубки отсоса.

■ Техника выполнения процедуры:

Начиная санацию, следует помнить об очередности выполняемых действий:

- Санация начинается с бронхиального дерева, затем переходите к полости рта, а в самом конце - из пространства над голосовой щелью.
- Для санации используйте стерильный катетер - после открытия упаковки введите катетер, не касаясь кожи и постели пациента; толщина катетера зависит от плотности отделяемого, но не может превышать 2/3 толщины трахеотомической трубки. Катетер следует использовать один раз, так как многократное использование катетера ведет к развитию инфекции.
- Если трубка имеет obturator, всегда удаляйте его перед началом

санации.

- Перед тем как ввести катетер в трубку, зажмите его пальцами и введите катетер в трахею, пока не почувствуете легкий упор; при несоблюдении этих правил катетер присосется к стенкам трахеи, что приведет к ее повреждению.
- Санация не может длиться более 10-15 секунд, так как в случае более длительной процедуры у пациента начнется гипоксия.
- Катетер следует выводить винтовым движением, что повышает эффективность сбора отделяемого со стенок трахеи.
- В случае наличия отделяемого вязкого характера, перед началом санации в бронхиальное дерево следует ввести 2 мл 0,9% натрия хлорида, выждать 5 секунд, по возможности расширить легкие путем трехкратной вентиляции с помощью реанимационного мешка типа Амбу и начать санацию.
- По окончании санации следует попросить больного сделать несколько глубоких вдохов, а у больных на ИВЛ расширить легкие с помощью мешка Амбу.
- После каждого использования дренажную трубку следует промыть стерильным раствором 0,9% хлористого натрия или дистиллированной воды.
- Резервуар для сбора отделяемого, а также дренажные трубки следует обрабатывать в дезинфицирующем средстве раз в сутки.

Оборудование для ухода за больным с трахеостомой

- **Отсос** - самые простые в эксплуатации и уходе - электрические отсосы. На нашем рынке существует широкий выбор отсосов для санации. При выборе отсоса следует обратить внимание на то, чтобы корпус был прост для обработки, а резервуар для жидкости должен быть сделан из небьющегося и простого для дезинфекции материала.
- Чем проще устройство отсоса, тем легче проводить дезинфекцию. Дополнительным достоинством является антибактериальный фильтр и клапан, предотвращающий переливание жидкостей.
- **Катетер для санации** всегда должен иметь полукруглый конец, что предохраняет от повреждения тканей в процессе санации, толщина катетера не может превышать 2/3 толщины просвета трубки, так как слишком тонкий катетер затруднит удаление отделяемого. В целях безопасности следует иметь катетеры разной толщины и применять их в соответствии с вязкостью отделяемого. Прозрачные катетеры позволяют наблюдать за цветом отделяемого, что является ценной информацией при уходе за больным.
- **Саморасширяющийся мешок**, так называемый мешок Амбу (AMBU).
- **Перевязочные материалы** - необходимые для качественного

ухода за больным с трахеостомой, пригодятся стерильные марлевые повязки и ленты для крепления трубки.

- **Дезинфицирующие средства** - для дезинфекции прилегающих участков трахеостомы применяется спиртовой раствор хлоргексидина
- **Запасная трахеостомическая трубка** - в случае нестандартной ситуации, когда есть необходимость срочно заменить трубку. Кроме того, следует помнить о том, что трубки с уплотнительной манжетой следует менять не реже, чем раз в месяц.
- Ножницы, перчатки.
- «Лидокаин»-гель.
- Щеточка для очистки трубки.
- Физраствор или дистиллированная вода.