**Конспект**

Виды стом.

***Трахеостома — отверстие в трахее.***

Показания: невозможность дышать естественным путем. Трахеостомическую трубку пострадавшему вводит врач хирургическим способом. При этом используют пластиковую или металлическую трубку.

Цель трахеостомии (рассечения трахеи): обеспечение свободной проходимости верхних дыхательных путей.

Причины закупорки дыхательных путей: инородные тела, опухолевый или воспалительный процесс, анафилаксия.

Трахеостомическая трубка состоит из внутренней (канюли) и внешней части. Внутреннюю канюлю закрепляют к наружной, саму трахеостомическую трубку фиксируют с помощью повязки на шее пациента.

***Особенности ухода за пациентом с трахеостомой в постоперационном периоде:***

Своевременная аспирация трахеобронхиального секрета во избежание закупорки дыхательных путей.

Обеспечение увлажнения и согревания вдыхаемого воздуха с учетом времени года.

Гигиена кожи вокруг трахеостомической трубки.

Своевременная обработка полости рта.

Обеспечение безопасности и комфортного состояния пациенту.

Смена положения пациента каждые 2 часа (профилактика застойной пневмонии и пролежней).

При уходе за стомой сестра:

* фиксирует трахеостомическую трубку повязкой на шее пациента;
* аспирирует электроотсосом скопившуюся в трахее слизь и мокроту, при необходимости разжижает секрет ферментами или раствором соды;
* осушает кожу вокруг стомы и обрабатывает ее с противовоспалительной и смягчающей целями одним из индифферентных средств: пастой Лассара, мазью Стомагезив. По согласованию с врачом использует кожный антисептик вокруг стомы;
* подкладывает марлевые салфетки под трубку (салфетки используют в виде «штанишек»);
* накладывает увлажненную салфетку (дистиллированной водой, физраствором, фурацилином) на трахеостомическую трубку с целью увлажнения и обеззараживания.

В условиях стационара сестра ежедневно проводит замену внутренней канюли на стерильную, вне стационара допустима обработка вкладыша методом кипячения.

В домашних условиях необходимо предупредить пациента о важности гигиенических процедур по обработке внутреннего вкладыша трахеостомы (канюли), уходу за кожей и проведению дыхательных упражнений.

***Стомы пищеварительного тракта***

Гастростома — желудочный свищ, соединяет желудок и переднюю брюшную стенку.

Показания к стомированию: непроходимость пищевода (опухоль, ожог, травма).

Цель наложения стомы: кормление пациента.'

Врач во время операции в отверстие желудка вводит зонд (резиновую трубку) и фиксирует его к коже. Задача сестры — следить за тем, чтобы зонд не выпал — до момента формирования свища.

При уходе за стомированным пациентом сестра:

* проводит обработку кожи вокруг стомы, соблюдая правила асептики;
* кормит пациента;
* обеспечивает психический и физический покой.

Средства ухода за кожей (мази, пасты) способствуют защите кожных покровов от раздражения желудочным содержимым и внешних повреждений. Чаще используют индифферентные препараты — цинковую мазь, пасту Лассара, пасту/порошок Стомагезив, ранозаживляющие — пасту Абуцел, порошкообразное средство Статин.

**Обработка кожи вокруг гастростомы**

Приготовить: зажим, пинцет, шпатель, перевязочный материал (марлевые шарики, салфетки) на стерильном лотке, лейкопластырь, перчатки, кожные антисептики, индифферентную мазь/пасту, лоток для сброса инструмента, контейнер с дезинфектантом.

Положение пациента: позиция Фаулера, лежа.

Последовательность действий:

Обработать руки, надеть перчатки.

Снять повязку.

Взять зажим с марлевым шариком, смочить антисептиком (70% этиловым спиртом).

Обработать кожу антисептиком промокательными движениями, сбросить зажим.

При необходимости — подсушить кожу салфетками (в случае использования водного антисептика).

Нанести шпателем индифферентную мазь/пасту непосредственно на кожу или салфетку, сбросить шпатель.

Приложить повязку, зафиксировать ее.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Зафиксировать выполнение манипуляции.  
Провести обеззараживание перчаток, предметов ухода, инструментария, перевязочного материала после выполнения процедуры.

***Свищи кишечника — еюностома, илеостома, колостома.***

Показания к стомированию: кишечная непроходимость, опухолевый процесс, травмы.

Цель наложения стомы: опорожнение кишечника.

Питание стомированных пациентов должно быть разумным: разнообразным, умеренным, качественным и регулярным.

Пациентам не рекомендуют прием острой, жирной пищи, избыточное количество углеводов, способствующее брожению и усилению запаха. Чеснок, лук, горох, яйца, капуста — усиливают газообразование; йогурт, пахта — ослабляют. Курение натощак усиливает перистальтику кишечника.

Продукты питания пациентов с колостомой по влиянию их на моторику кишечника:

* способствующие перистальтике — овощи, фрукты, сахаристые вещества, жиры, кисломолочные продукты;
* ослабляющие перистальтику — творог, злаки, рис, бананы;
* индифферентные — яйца, рыба, мясо, пшеничный хлеб.

Продуктовый набор определяет стул человека. Рацион питания пациента расширяют постепенно, вводят в него по одному новому продукту.

Консистенция каловых масс стомированного пациента зависит от локализации участка выведенного отдела кишечника на поверхность брюшной стенки:

* из восходящей петли ободочной кишки содержимое кишечника поступает жидкое;
* из поперечно-ободочной кишки — полуоформленное;
* из нисходящего отдела — оформленное кишечное содержимое.

Стул должен быть: ежедневным, мягким, пастообразным. Вместе с кишечными массами выделяются переваривающие ферменты, раздражающие кожу брюшной стенки. -

Уровень выведения стомы на брюшную стенку определяет план ухода за энтеро-, колостомой и вид используемых калоприемников.

Для формирования стомы нежелательно в постоперационном периоде носить калоприемник постоянно. При благоприятном течении врач разрешает использовать калоприемник спустя 2—3 месяца после операции.

Современные калоприемники подразделяют на два вида: однокомпонентные и двухкомпонентные.

Однокомпонентные представляют единое целое: фиксирующую пластину и пластиковую емкость. Двухкомпонентные имеют устройство для фиксации пластиковой емкости к липкой пластине.

Двойная система крепления — липкая пластина (фланец) и герметизирующее кольцо обеспечивают фиксацию, герметичность и дезодорацию. Фланец пропитан препаратами антисептического, ранозаживляющего и противовоспалительного действия, что исключает раздражение и повреждение кожи при ее обработке. В этом случае нет необходимости ежедневной смены калоприемника и гигиены кожи вокруг стомы. Сестра или пациент проводят опорожнение каловой емкости по мере заполнения (1/3—1/2 объема) без замены адгезивного кольца в течение нескольких дней (до 1 недели).

***Смена калоприемника***

Приготовить: калоприемник, мыло, воду, полотенце, перевязочный материал, перчатки, антисептик, защитное/ индифферентное средство, лоток для сброса, контейнер с де-зинфектантом.

Последовательность действий:

Обработать руки, надеть перчатки.

Осторожно снять заполненный калоприемник, утилизировать.

Промыть кожу вокруг стомы мыльным раствором, смыть водой, высушить.

Оценить состояние кожи вокруг стомы. По согласованию с врачом при необходимости обработать кожу антисептиком, применить защитное/индифферентное средство.

Снять бумажный слой с липкой пластины подготовленного калоприемника.

Центрировать и фиксировать калоприемник к отверстию.

Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть, осушить руки.

Обеспечить комфорт пациенту.

Провести обеззараживание перчаток, предметов ухода, инструментария, перевязочного материала после выполнения процедуры.

Смену калоприемника проводить при заполнении на 1/3 или 1/2 объема.

Наличие бледности, гиперемии, отека, кровоточивости кожи и слизистой оболочки — признаки осложненной стомы.

Уход за больными с каловыми свищами — дело трудоемкое, требующее опыта, навыка, сноровки, терпения. Причины нарушения герметичности калоприемника:

* неправильная центровка и слабое приклеивание липкой пластины;
* несоответствие отверстия калоприемника размерам стомы;
* наличие неровностей контура живота и кожных складок в месте наложения калоприемника;
* мацерация кожи;
* нерегулярное опорожнение калоприемника.

Частоту дефекации стомированного пациента, как и у здоровых людей, обусловливают: диета, образ жизни, психическое состояние. При отклонениях от привычного ритма опорожнения кишечника врач назначает постановку газоотводной трубки, ирригацию — промывание колостомы, прием слабительных средств.

Цель ирригации: регулярное опорожнение кишечника, удаление каловых масс из толстого кишечника.

Тактика медсестры при задержке стула у пациента:

* вводить газоотводную трубку и мягкий наконечник для ирригации на глубину до 10 см;
* придать пациенту положение сидя;
* вводить мягкий наконечник в стому осторожно, без усилий: мягкий наконечник обеспечивает профилактику перфорации стенки кишечника.

Вода из емкости (кружки Эсмарха) на штативе поступает медленно, в течение 10—15 минут. Опорожнение обычно наступает через 20—25 минут: ежедневное разнообразие пищевого рациона определяет время и количество выделений кишечного содержимого. Объем воды для промывания стомы (0,5-1,0 л) зависит от индивидуальных особенностей хирургического вмешательства (по согласованию с лечащим врачом).

Пациентам с постоянной стомой рекомендуют принимать пищу по часам. Продукты, вызывавшие проблемы с пищеварением до операции (например, газообразование), будут причинять подобные неудобства и после операции. Задача медсестры — оценить привычный рацион пациента, при необходимости объяснить важность сбалансированной диеты с высоким содержанием белка для нормального заживления.

Независимые сестринские рекомендации пациенту:

* при запоре необходимо увеличить объем выпиваемой жидкости более 1,5 литров, употреблять вареные овощи, фрукты, изюм, чернослив, выполнять физические упражнения;
* в случае диареи рекомендовать бананы, вареный рис, запеченный картофель, белый хлеб, твердый сыр, чай;
* продукты, вызывающие неприятный запах из стомы: рыба, яйца, капуста, лук, чеснок.

Цистостома — стома мочевыделительной системы.

Показания к стомированию: ранения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря, гипертрофия предстательной железы, нарушения функции тазовых органов при повреждении спинного мозга.

Цель наложения стомы: выведение мочи.

При цистостомии врач вводит головчатый катетер (Мале-ко, Пеццера) в полость мочевого пузыря через надлобковое отверстие передней брюшной стенки, поэтому свищ мочевого пузыря называют эпицистостомой. После наложения стомы моча оттекает через дренаж (катетер) в мочеприемник.

Съемный мочеприемник — емкость для сбора мочи с делениями и трубка для соединения с дренажом.

При оценке функционирования дренажной системы (катетер + мочеприемник) медсестра учитывает:

Уровень фиксации системы — зависимость от режима двигательной активности пациента: при постельном режиме — к кровати, активным пациентам — к бедру.

Отток мочи — исключение перегиба дренажа, выпадения катетера, закупорки мочевыми солями.

Наполняемость мочеприемника — диурез.

Состояние отделяемого — цвет, прозрачность, мутность.

Образование мочевых затеков — раздражение кожи, развитие опрелостей, пролежней.

Катетер — входные ворота для возбудителей инфекции. Слизистая оболочка мочевыводящих путей слаборезистентна к микрофлоре.

Одним из источников нозокомиальной инфекции служат резервуары загрязненной мочи в дренажной системе моче-сборника. Передача инфекции происходит через загрязненные мочой перчатки медперсонала и руки самих пациентов. Это приводит к инфицированию ран и дренажных систем, несмотря на асептические условия установки дренажа.

Ирригация эпицистостомы

Приготовить: шприц Жане с теплым (Т = 38-40°) антисептическим раствором (фурацилином, водного хлоргексиди-на биглюконата), этиловый спирт, перевязочный материал (салфетки, марлевые шарики), зажим, перчатки, лоток для сброса.

Положение пациента: лежа на спине. Последовательность действий:

Обработать руки, надеть перчатки.

Наложить зажим на мочевой катетер.

Отсоединить катетер от мочеприемника.

Обработать конец катетера марлевым шариком, смоченным этиловым спиртом.

Присоединить шприц Жане с антисептиком, ввести раствор.

Отсоединить шприц от дренажа.

Спустить раствор в лоток или другую емкость, соблюдая правила асептики.

Повторить промывание несколько раз до прозрачного раствора антисептика.

Вновь обработать этиловым спиртом место соединения катетера и мочеприемника.

Присоединить новый стерильный съемный мочеприемник, зафиксировать.

Проверить функционирование дренажной системы.

Утилизировать использованный мочеприемник.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Документировать выполнение манипуляции. Провести обеззараживание перчаток, предметов ухода,

инструментария, перевязочного материала после выполнения процедуры.

Обработку кожи вокруг эпицистостомы сестра проводит аналогично обработке гастростомы.

При формировании свища в постоперационном периоде по показаниям проводят смену съемного мочеприемника на мочеприемник длительного пользования.

Питьевой режим стомированного пациента:

не менее 1,5 литров жидкости в сутки;

после удаления постоянного катетера следить за диурезом пациента в течение24 часов на предмет выявления признаков задержки мочи;

в случае задержки мочи более б часов после удаления катетера сообщить врачу и уточнить о необходимости введения другого катетера.

Стомированный пациент — человек, способный вести разнообразную деятельность (трудовую, спортивную, оздоровительную), но в социально адаптированных условиях.

Медсестре следует оказать помощь оперированному человеку и его родственникам в решении проблем ухода за стомой и психологической адаптацией.

Наличие стомы не препятствует беременности, родам, удовлетворению сексуальных потребностей. Человек ведет тот же образ жизни, что и до операции, но дозирует физические нагрузки, учитывает характер питания и питьевой режим. Окружающие должны быть особенно внимательны, терпеливы, заботливы к стомированным пациентам.