**Лекция:**  **Манипуляции связанные с уходом за стомами**

**План**

1. Виды стом: трахеостома, гастростома, илеостома, колостома, цистостома.

2. Осложнения после наложения стомы и их профилактика

3. Уход за гастростомой, илеостомой и колостомой. Особенности питания при наличии стомы пищеварительного тракта. Виды калоприемников .Предупреждение воспаления, инфицирования, травм стомы.

4. Уход и смена трахеотомической трубки

5. Уход за цистостомой.

**Основные понятия:** Стома: трахеостома, гастростома, илеостома, колостома, цистостома; колоприёмник, трахеостомическая трубка, электроотсос, паста Лассара

**Тип занятия:** Лекция

**Место проведения:** кабинет сестринского дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:**Научиться осуществлять уход за пациентом имеющим гастростому, цистостому, колостому, трахеостому.

**ОК 1-13.**

**ПК4.3., ПК 4.4. ПК.4.5., ПК.4.6.**

Что же такое стома?

Термин "стома" (ostomy, греч.) обозначает хирургически созданное отверстие, соединяющее просвет внутреннего органа с поверхностью тела.

Стома – это отверстие кишки, сформированное хирургическим путем после удаления всего или 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.

Существуют различные виды стом, которые называются по органам, на которые они наложены

**По месту наложения стомы:**

Илеостома - если выведен участок тонкой кишки;

Колостома - если выведена толстая кишка;

Уростома - если выведен мочеточник;

Гастростома - если выведена часть желудка;

Трахеостома - временное или постоянное отверстие в дыхательном горле;

1. Классифицировать стомы можно по следующим параметрам:

По форме выведенной кишки:

- выпуклые;

- плоские;

- втянутые.

- круглые;

- овальные;

- неправильной формы.

По количеству стволов:

- одноствольные;

- двуствольные.

По прогнозу в плане хирургической реабилитации:

- постоянные;

- временные.

Стома может быть временной и постоянной. Необходимость в стоме возникает тогда, когда кишечник или мочевой пузырь не способны функционировать.

Временная стома может быть наложена в том случае, если не удается добиться хорошей подготовки кишки к операции (при нарушении кишечной проходимости из-за опухоли или спаек). Также наложение временной стомы может потребоваться для ограничения прохождения кишечного содержимого по кишке – для того, чтобы место хирургического воздействия не травмировалось каловыми массами. Обычно после закрытия временных стом функционирование кишечника возвращается на прежний уровень.

Постоянная стома не может быть ликвидирована в процессе дальнейшего лечения пациента, поскольку отсутствует или необратимо поврежден запирательный аппарат кишечника либо нет возможности оперативно восстановить непрерывность хода кишечника.

Стомы могут быть одноствольными (то есть через отверстие на передней брюшной стенке выводится один ствол кишки) и двуствольными. Причем последние делятся на петлевые (то есть два ствола находятся в непосредственной близости друг от друга и выведены в одно отверстие) и раздельные двуствольные стомы, когда на передней брюшной стенке имеются два отверстия на некотором расстоянии друг от друга.

В этом случае при использовании средств ухода за стомой калоприемники не должны накладываться друг на друга (даже если расстояние между стомами очень небольшое). При таких стомах один ствол является действующим, через него происходит опорожнение кишечника. На действующий ствол наклеивается калоприемник. Другой ствол может быть необходим для удаления слизи или лечебных процедур. Его можно прикрыть мини-капом (закрытым мешком минимальной емкости) или марлевой салфеткой.

**Кишечные стомы**

В зависимости от отдела кишечника, выведенного на переднюю брюшную стенку, различают следующие виды кишечных стом: колостома (при выведении толстой кишки) и илеостома (при выведении тонкой кишки). При колостоме опорожнение кишечника происходит обычно 2–3 раза в сутки, стул оформленный (при сигмостоме) или полуоформленный (при других видах стом). При илеостоме опорожнение кишечника происходит очень часто, почти постоянно, стул жидкий и едкий. Частой проблемой при илеостоме является понос, который может привести к обезвоживанию и потере электролитов, минеральных веществ и витаминов. Поэтому очень важно потреблять много жидкости.

**Гастростома.**

Гастростома - искусственно созданное отверстие, соединяющее полость желудка и окружающей средой, выведенное на переднюю брюшную стенку. Гастростома накладывается для введения в желудок пищи, минуя пищевод или область кардии (верхний желудочный жом) - при патологических сужениях пищевода или кардии, а также для временной, например, послеоперационной их разгрузки.

Такой способ введения пищи не через рот, но в желудочно-кишечный тракт называется гастростомным энтеральным питанием, в отличие от парентерального внутривенного введения. Питательные вещества вводятся в жидком или полужидком виде. После того, как необходимость в гастростоме отпадает, она закрывается.

**Трахеостома**

Трахеостома - это искусственно сформированный свищ трахеи, выведенный в наружную область шеи, для дыхания, минуя носоглотку. В трахеостому вставляется трахеостомическая канюля, которая состоит из двух частей: наружной и внутренней трубок. Эти трубки одинаковой длины, внутренняя фиксируется к наружной с помощью специальной защелки-фиксатора. В современных трахеостомических канюлях пластиковые трубки соединены в одно целое. В нижнем конце наружной трубки предусмотрена специальная манжета, которая раздувается воздухом после фиксации трубки в трахее и препятствует прохождению слюны и слизи в трахею. Фиксация трубки к шее осуществляется с помощью специальных завязок или полосок бинта. Концы бинта с двух сторон продеваются через специальные "ушки" трубки и завязываются на "бантик" сзади на шее.

**Уростома**

Уростома формируется при необходимости удаления мочевого пузыря. Отведение мочи выполняется через выделенный участок кишечника, к верхнему концу которого подшиваются мочеточники, а нижний конец выводится на переднюю брюшную стенку. Выделение мочи постоянное и неконтролируемое. При уростоме происходит постоянный отток мочи через стому.

**2.Осложнения после наложения стомы и их профилактика**

Нередко стомированным больным приходится сталкиваться с различными видами осложнений, связанных с наличием и функционированием стомы кишечника или мочеточника на брюшной стенке. Эти осложнения становятся причиной серьезного беспокойства больных: 1.Раздражение кожи в зоне наложения стомы (околостомный 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. Раздражение кожи вызывает зуд, жжение, иногда сильные боли.

2.Возможна аллергическая реакция кожи на приспособления и средства по уходу за стомой, если она очень выражена, следует на некоторое время отказаться от применения приклеиваемых пакетов. В таких случаях вопрос о выборе типа калоприемника должен решать врач.

3.Нередко причиной кожных осложнений бывает просто недостаточный уход за кожей в зоне наложения стомы. В случае раздражения кожи вокруг стомы необходима консультация проктолога, стоматерапевта и дерматолога.

4.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 также могут травмировать кишку и вызвать кровотечение. Кровотечение, как правило, прекращается самопроизвольно. Но если оно затяжное и обильное, необходимо обратиться к врачу.

5. Сужение (стеноз)

Стома должна быть проходима, свободно пропускать указательный палец. Сужение обычно вызвано воспалением в зоне стомы в раннем послеоперационном периоде. Если сужение достигает степени, мешающей опорожнению кишки, необходимо сделать операцию с целью расширения отверстия. При сужении стомы не следует принимать слабительные без консультации хирурга!

6.Втянутость стомы (ретракция)

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

7.Выпадение стомы (пролапс)

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

8. 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.

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

Манипуляционная техника

**3.Уход за гастростомой**

Для ухода за кожей вокруг гастростомы следует:

если вокруг гастростомы имеется волосяной покров - гладко выбрить кожу;

после каждого кормления промывать кожу теплой кипяченой водой или раствором фурацилина (1 таблетка фурацилина на стакан теплой кипяченой воды). Можно воспользоваться слабым бледно-розовым раствором марганцевокислого калия (несколько кристалликов на стакан теплой кипяченой воды);

на кожу вокруг гастростомы после промывания следует нанести рекомендованные врачом мази ("Стомагезин") или пасты (цинковую, Лассара, дерматоловую) и присыпать тальком (можно также использовать порошок танина или каолина). Использование мазей, паст, присыпок способствует образованию корки вокруг гастростомы и защищает кожу от раздражения желудочным соком;

когда мазь или паста впитается, убрать ее остатки с помощью салфетки;

резиновую трубку, используемую для кормления через гастростому, после кормления промыть небольшим количеством теплой кипяченой воды.

**Кормление через гастростому**

Для кормления больного через гастростому необходимо:

приготовить посуду с теплой жидкой и полужидкой пищей;

посадить больного;

снять с резиновой трубки салфетку, закрывающую входное отверстие, зажим с трубки;

в отверстие трубки вставить стеклянную воронку, поднять ее вверх, слегка наклонить для предупреждения возможности вытекания пищи из желудка;

влить в воронку питательный состав или пищу, пережеванную больным;

после того, как пищевая смесь уйдет из воронки, залить в нее чай или настой шиповника для промывания трубки и во избежание гниения остатков пищи в ней;

снять воронку и поместить ее в специальную емкость с дезинфицирующим раствором;

наложить на конец резиновой трубки стерильную салфетку и зажим, который следует зафиксировать петлей из бинта, чтобы трубка не вышла из стомы.

При желудочной фистуле в первый день после операции пищу вводят небольшими дозами — по 150—200 мл на прием, но часто — 5—6 раз в день. Перед введением пищу подогревают до 37—40 °С. На третий и последующие дни количество пищи увеличивают до 300—500 мл, но вводят ее реже — 3—4 раза в день. Через воронку можно вливать любые измельченные пищевые вещества, разведенные жидкостью. Больные могут сами пережевывать пищу, собирать ее в кружку и отдавать сестре для последующего введения ее через гастростому. В таком случае пережеванная больным пища должна разводиться необходимым количеством жидкости.

**Уход за пациентом со стомой кишечника**

Важно правильно ухаживать за кожей вокруг калового свища во избежание мацерации. При правильном уходе от пациента нет неприятного запаха, окружающая свищ кожа не раздражена.

Выделения из кишки удобнее всего собирать в специальные калоприемники одноразового и многоразового использования. Важно определить режим опорожнения кишечника, так как выделения масс про исходят периодически большими порциями, чаще - после приема пищи.

Частота смены зависит от типа калоприемника, используемого пациентом. Так, однокомпонентный адизивный калоприемник необходимо менять, когда уровень содержимого доходит до половины или когда пациент начинает ощущать неудобство от мешка. Не следует менять калоприемник без реальной необходимости, поскольку это может привести к раздражению и повреждению кожи.

При использовании двухкомпонентной системы клеящуюся пластинку оставляют на 3 - 4 дня. Калоприемник удобнее менять в ванной комнате. Однако научиться менять калоприемник в туалете пациенту тоже необходимо, так как это наиболее приемлемое место вне дома. Все необходимые для ухода за стомой предметы нужно хранить вместе, в емкости с крышкой и в готовом для использования виде.

**Для замены калоприемника необходимо приготовить:**

чистый калоприемник соответствующего типа и размера;

мерка (трафарет) для проверки - не изменился ли размер стомы (мерку дает сестра при выписке из стационара);

дополнительные материалы, которыми пользуется пациент: паста "Стомагезив", дезодорант и т.д.;

бумажные полотенца, салфетки, мягкая губка, мыло, ножницы, пластырь;

бумажный мешок, пластиковый пакет или газета для использованного калоприемника;

ножницы Купера (один конец закругленный, другой острый);

маленькое зеркальце.

Выполнение процедуры:

До начала процедуры позаботьтесь о том, чтобы контейнер с материалами для смены содержал все необходимое. Затем необходимо следующее:

подготовить чистый калоприемник (ножницами следует увеличить центральное отверстие пластины таким образом, чтобы оно аккуратно вмещало в себя колостому);

осторожно отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части. Старайтесь не тянуть кожу;

выбросить использованный калоприемник, поместив его в бумажный или пластиковый пакет или в контейнер отходов класса Б;

кожу вокруг стомы вытереть, используя сухие марлевые или бумажные салфетки;

промыть стому теплой кипяченой водой;

кожу вокруг стомы промыть теплой кипяченой водой;

промокнуть салфетками кожу досуха (нельзя использовать вату, так как она оставляет ворсинки);

кожу вокруг колостомы смазать кремом "Стомагезив" или пастой Лассара;

избыток крема убрать марлевой салфеткой;

с помощью мерки промерить заново размер колостомы;

приклеить на стому чистый калоприемник, пользуясь инструкцией изготовителя.

Двукомпонентный калоприемник надевается по-другому. Клеящаяся (липкая) пластина может оставаться на теле пациента несколько дней, до тех пор, пока обеспечивает комфортность. Пластина имеет фланцевое кольцо разного размера. Для выбора оптимального размера пациенту необходимо помнить, что диаметр фланцевого кольца должен быть примерно на 12 мм больше диаметра стомы.

Если пациент - пожилой человек и пользуется многоразовым калоприемником, необходимо отрегулировать время акта дефекации и одевать его только на период дефекации. Калоприемник освобождают от содержимого, моют и хранят в полиэтиленовом пакете. В период между актами дефекации можно носить пояс: сшить овальной формы четырех-шестислойную салфетку, к ней пришить пояс с одной стороны, а с другой - пуговицы или крючки.

После акта дефекации мягкой салфеткой следует обмыть кожу вокруг стомы теплой водой с мылом. Высушить насухо мягким полотенцем. Смазать кожу вокруг стомы пастой "Стомагезив", а на слизистую кишечника нанести вазелин, предупредив пересыхание слизистой и появление кровоточащих трещин. Затем наложить на область стомы салфетку, сложенную в четыре слоя и зафиксировать ее поясом. Сверху надеть нижнее белье.

В настоящее время предлагается большой выбор средств по уходу за кожей вокруг стомы. Паста "Абуцея" предназначена для защиты кожи и рубцующейся ткани вокруг стомы. Паста обладает заживляющими свойствами. "Статин" - порошкообразное перевязочное средство, применяется для обработки кожи вокруг стомы в качестве ранозажив-ляющего средства.

**4.Уход и смена трахеотомической трубки.**

Проводить смену и промывание трахеотомической трубки лучше всего в одном и том же месте. Выбирайте чистое, хорошо освещенное место рядом с раковиной.

Необходимо подготовить:

валик из полотенца или из подушки;

жидкое мыло, спирт или дезинфецирующая пена;

чистые, одноразовые перчатки без талька;

стерильные ватные тампоны;

марля;

стерильная вода;

стерильная вода с перекисью водорода в пропорции 1:1;

завязка-бандаж и ножницы, чтобы обрезать концы до нужной длины;

трахеотомическая трубка;

две стерильные или одноразовые чашки;

небольшое полотенце; аспиратор;

Очищение и проверка кожи:

1. Уложите пациента на спину, убедитесь, что ему (ей) удобно. Сделайте валик из полотенца и положите под плечи.

2. Вымойте руки и наденьте одноразовые перчатки.

3. Смочите ватный тампон в разбавленном растворе перекиси водорода.

4. Протрите кожу вокруг трубки и под ней. Делайте это круговыми движениями от центра наружу. Чтобы хорошо очистить кожу используйте четыре ватных тампона.

5. Смочите ватный тампон в стерильной воде и протрите ту же область.

6. Вытрите насухо. Можно использовать марлю или сухой ватный тампон.

7. Проверьте, нет ли таких признаков инфекции, как покраснение, жар, отечность.

8. Когда закончите, вымойте руки.

Уход за кожей.

1.Если на коже появляется раздражение от перекиси водорода, используйте жидкое мыло и воду.

2.Следите, чтобы мыло или вода не попадали в стому или канюлю.

3.Следите за признаками инфекции: отечность, жар, запах, лихорадка или боль при аспирации. Если только у вас возникли подозрения, что трахеостома инфицирована, немедленно вызывайте врача.

Замена трахеотомической трубки:

1. Уложите пациента на спину в удобном положении. Подложите под плечи валик из полотенца.

2. Вымойте руки с жидким мылом в теплой воде. Хорошо высушите. Можно так же использовать спирт или дезинфицирующую пену.

3. Наденьте одноразовые перчатки.

4. Подготовьте чистую завязку для трахеотомической трубки, положив ее под шею.

5. Вскройте упаковку с новой канюлей и вставьте внутрь обтюратор (если вы его используете).

6.Удалите старую трубку и положите ее на заранее подготовленное полотенце. Также уберите марлю (компресс), если вы ее используете.

7. Быстро замените старую трахеотомическую трубку на новую. Если вы используете обтюратор, то удалите его, придерживая края канюли. Пациент не сможет дышать, если не вытащить обтюратор.

8. Закрепите концы завязки-бандажа.

**5.Уход за цистостомой**

Меняют катетер 1 раз в месяц, так как он может закупориваться мочевыми солями, трескаться при замене или удалении, надрываться на уровне головки. При наличии цистостомы больной нуждается в промывании мочевого пузыря не реже 2 раз в неделю.

В домашних условиях уход за эпицистостомой и сбор мочи в течение суток осуществляется следующим образом.

При уходе за кожей вокруг цистостомы:

1. кожу вокруг эпицистостомы промывают теплой кипяченой водой или раствором фурацилина (также можно использовать слабый раствор марганцовокислого калия);

2. поверхность кожи подсушивают с помощью салфеток;

3. на кожу вокруг эпицистостомы наносят пасту Лассара или мазь "Стомагезив";

4. после впитывания остатки мази удаляют с помощью салфетки.

При уходе за цистостомой необходимо наблюдать за функционированием дренажей. Если в отделяемом появилась свежая кровь и сгустки, то это не опасно только в первые дни после операции. Важно вовремя заметить прекращение оттока мочи по дренажу, так как это может быть связано с закупоркой дренажа, выпадением или перегибом катетера.

**Для промывания мочевого пузыря через головчатый катетер**:

1. надевают стерильные перчатки;

2. набирают в стерильный шприц Жанэ 200 мл стерильного раствора фурацилина в концентрации 1:5000 или 3 % раствора борной кислоты;

3. отсоединяют головчатый катетер от мочеприемника;

4. вставляют канюлю шприца в отверстие катетера;

5. осторожно вводят в пузырь 30-40 миллилитров раствора;

6. отсоединяют канюлю шприца от катетера;

7. подставляют лоток или другую емкость под вытекающую жидкость;

8. процедуру повторяют до появления чистых промывных вод.

Для сбора мочи в дневное время наружный конец катетера опускают в мочеприемник, который у ходячих больных подвешивают под одеждой у живота или бедра.

На ночь, а также, если больной не ходит, наружный конец катетера опускают в контейнер, прикрепленный к кровати.

**При замене мочеприемника:**

1. готовят чистый мочеприемник;

2. отделяют трубку мочеприемника от катетера;

3. из использованного мочеприемника мочу сливают, старый мочеприемник кладут в целлофановый пакет и выбрасывают (если мочеприемник не будет заменен на новый, его можно повторно использовать, промыв водой и замочив на 1 ч в 3 % растворе хлорамина, затем вновь промыв его водой);

4. соединяют чистый мочеприемник с катетером;

5. с помощью мерки проверяют размер эпицистостомы;

6. снимают перчатки и моют руки после процедуры.

При уходе за стомированными больными, медицинская сестра должна стараться предоставить пациенту максимальную независимость и комфорт, что способствует сохранению его достоинства в ситуации необходимости постоянного ухода за стомой.

**Рекомендуемая литература:**  
**Основная:**

Обуховец Т.П.Основы сестринского дела(практикум)

Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела», ООО «Феникс», 2016.

**Дополнительная:**

Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела. Курс лекций, сестринские технологии. ООО «Феникс», 2016.

2.Основы сестринского дела»

Алгоритмы манипуляций

Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей

Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2016

3. Интернет https://www.google.com/

Сестринское дело. Электронный ресурс :http://sestrinskoe-delo.ru/2014-2018гг