



Севастопольский медицинский колледж
им. Жени Дерюгиной

Манипуляции, связанные со стомами

ЛЕКЦИОННОЕ ЗАНЯТИЕ

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ГАНИНА Т.А.

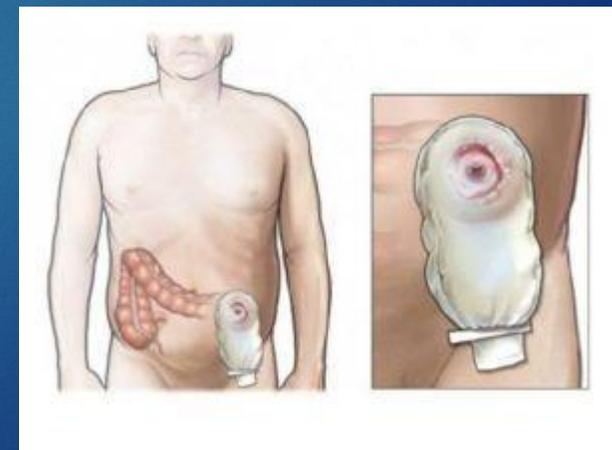
ПМ 07 ПМ04 «ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ПРОФЕССИИ МЛАДШАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА»

МДК 07.03. МДК 04.03 «ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ»

Стома- искусственно созданное хирургическим путём отверстие полого органа.

Стома- временный или пожизненный наружный свищ полого органа, созданный оперативным путём.

В зависимости от остроты жизненной ситуации стомирование выполняют **планово** или **экстренно**.



ВИДЫ СТОМ

- ▶ **Трахеостома**- отверстие в трахее
- ▶ **Колостома**- выведение участка толстой кишки на переднюю брюшную стенку
- ▶ **Илеостома**- выведение на переднюю брюшную стенку подвздошной кишки (тонкий кишечник)
- ▶ **Еюностома**- выведение участка тощей кишки (тонкий кишечник) на переднюю брюшную стенку
- ▶ **Гастростома**- отверстие в желудке
- ▶ **Цистостома (эпицистостома)**- отверстие мочевыделительной системы

- ▶ Ухаживая за стомой, нужно оценивать готовность пациента к обучению.
- ▶ Необходимо словами, мимикой, жестами выражать пациенту сопереживание по поводу его нынешнего состояния
- ▶ Нужно максимально обучить пациента самоуходу.
- ▶ Письменные рекомендации позволяют пациенту лучше усвоить уроки «Школы стомированных пациентов»
- ▶ Ассоциация стомированных пациентов Российской федерации постоянно проводит работу с пациентами, родственниками и медперсоналом (<http://asscolspb.ru/>)

Гастростома

Гастростома – это искусственно созданное отверстие в передней брюшной стенке и желудке .

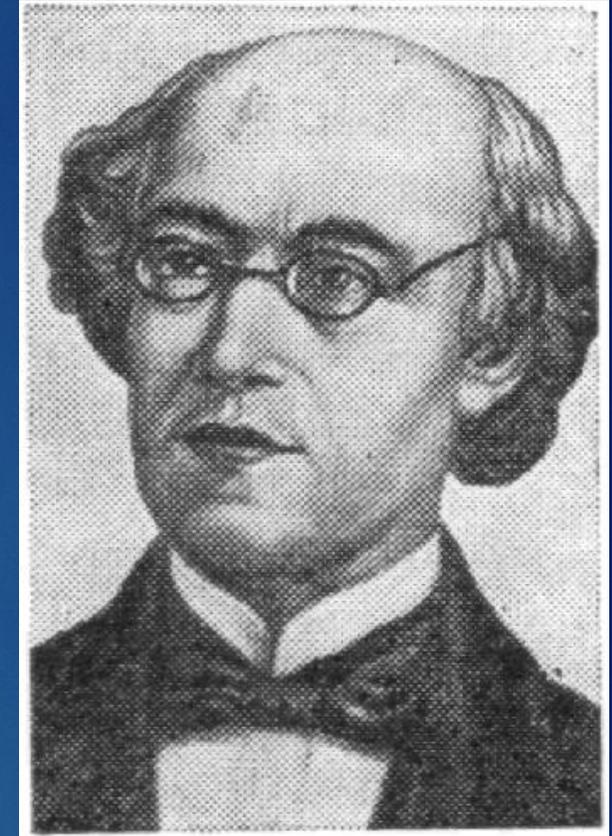
Показания к стомированию

- непроходимость пищевода (опухоль, ожог, травма)

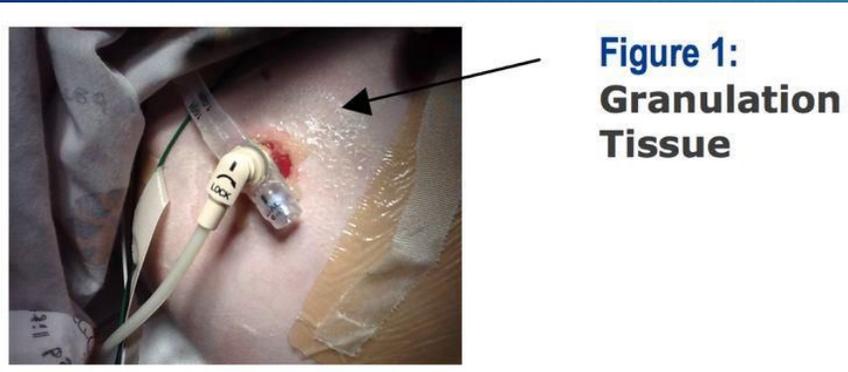
Гастростома накладывается для введения в желудок пищи, минуя пищевод.



- ▶ Идея этой операции (гастростомия) принадлежит В. А. Басову, который в 1842 г. впервые осуществил ее в эксперименте на собаках.
- ▶ У человека гастростомия впервые была выполнена в 1849 г. французским хирургом Седийо



Трудности в уходе за кожей вокруг гастростомы



Грануляционная ткань.

Используйте крем *Triamcinolone* или прижигание нитратом серебра.

Зафиксируйте трубку для предотвращения трения и пролапса слизистой оболочки желудка



Дерматит из-за подтекания

(Используйте барьерные кремы)

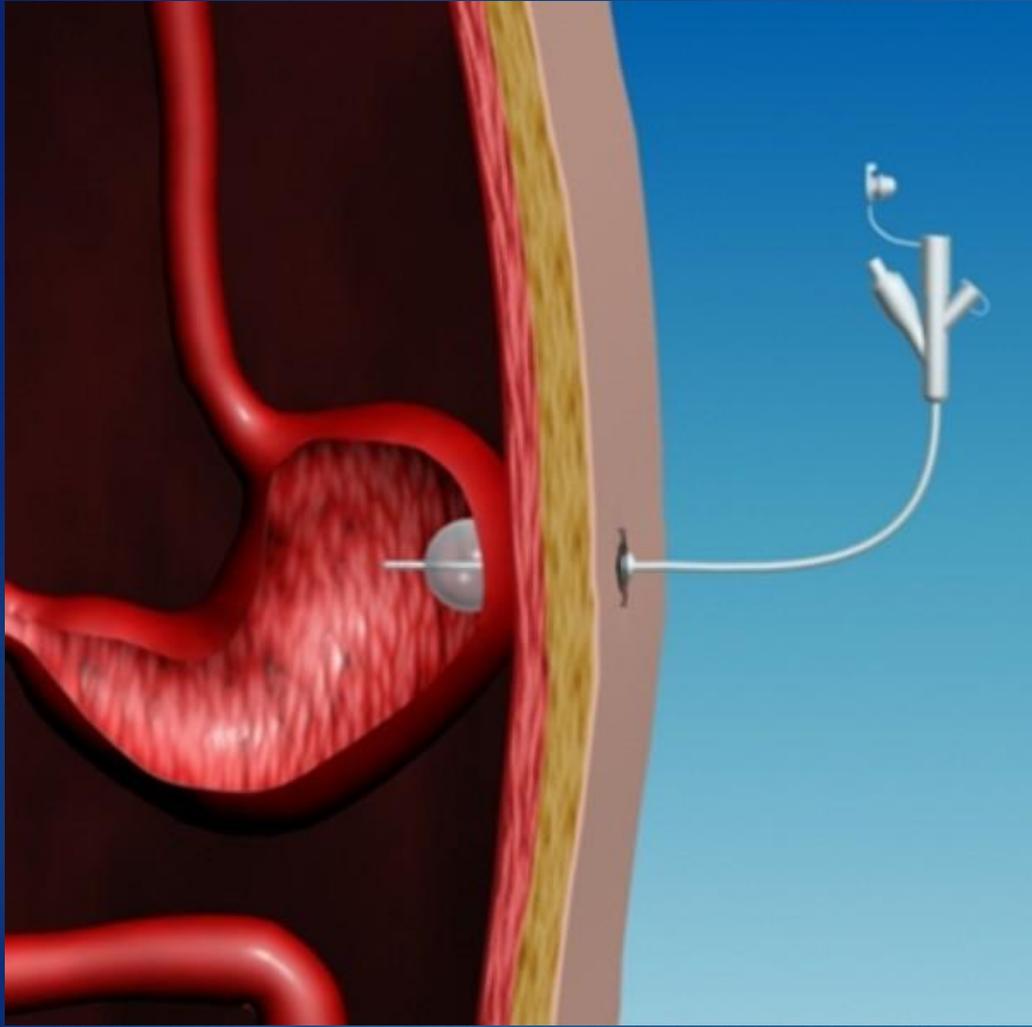
Грибковая инфекция
Противогрибковое лечение



КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

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.





Ухода за кожей вокруг гастростомы:

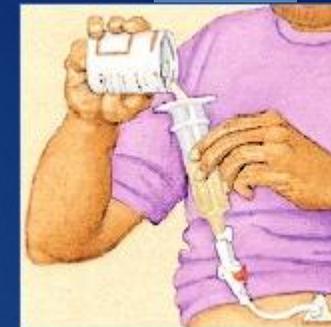
- ▶ 1. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки
- ▶ 2. Снять повязку
- ▶ 3. Обработать кожу вокруг стомы антисептическим раствором промокательными движениями (**лучше использовать водный антисептик**), **кожу подсушить**
- ▶ 4. Нанести на кожу индифферентную мазь (паста Лассара, «салицило-цинковая», «Судокрем», крем с оксидом цинка)- «барьер» вокруг трубки гастростомы
- ▶ 5. Наложить стерильную повязку в форме «штанишек» или специальную адгезивную повязку
- ▶ 6. Инструменты погрузить в дезраствор.
- ▶ 7. Снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне
- ▶ 8. Сделать отметку о выполненной манипуляции в документах



Кормление через гастростому

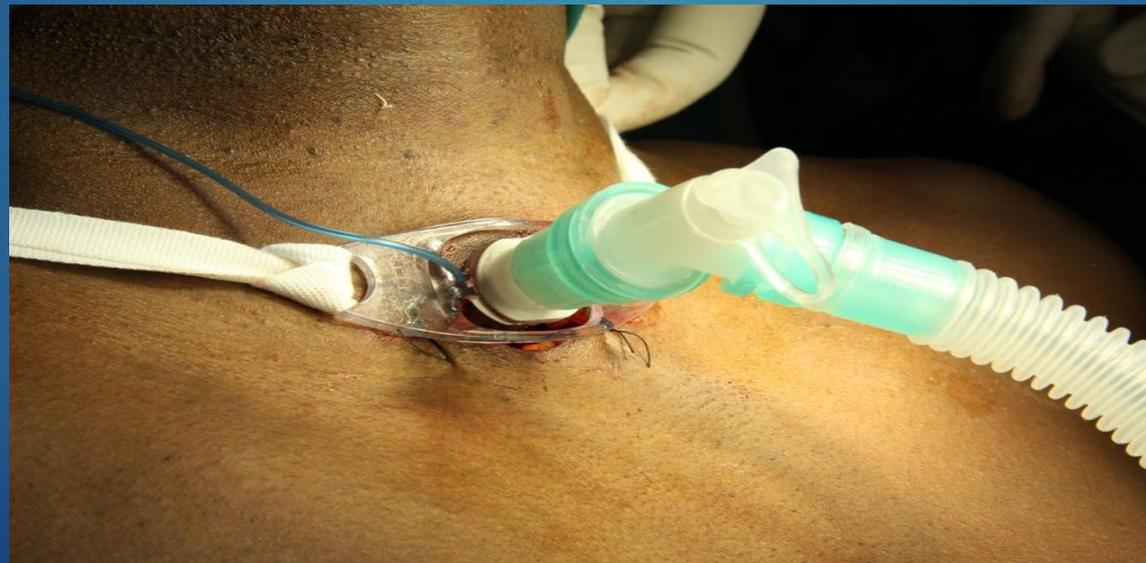
- ▶ К свободному концу зонда присоединяют воронку, через которую малыми порциями (50 мл) 6 раз в сутки вводят в желудок подогретую жидкую пищу;
- ▶ Постепенно объем вводимой пищи увеличивают до 500 мл, а число кормлений уменьшают до 4 раз;
- ▶ Иногда больному разрешают самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане с жидкостью и уже в разбавленном виде вливают в воронку. При таком варианте кормления сохраняется рефлексорное возбуждение желудочной секреции.

Кормление через гастростому



- ▶ **Оснащение:** Шприц Жане или воронка, жидкая пища 200-500 мл, Т 38-40 ° вода кипяченая 100 мл, перчатки, пластырь, емкости для дезинфекции, гели и мази по назначению врача, стерильный пинцет, лоток, стерильные салфетки, инструменты для снятия повязки, контейнер для отходов, антисептик для обработки кожи вокруг стомы, салфетка- полотенце
- ▶ 1. Снять повязку, провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки,
- ▶ 2. Накрыть полотенцем пациента в области эпигастрия
- ▶ 3. Ввести нужное количество питательной смеси дробными порциями за 15-20 минут при помощи шприца или воронки
- ▶ 4. Промыть зонд 30-50 мл кипяченой водой
- ▶ 5. Пережать заглушкой трубку.
- ▶ 6. Вымыть кожу вокруг, обработать водным антисептиком, наложить барьерную мазь, стерильную салфетку.

Трахеостомия - это хирургическая операция образования временного или постоянного соустья полости трахеи с окружающей средой. (открытое отверстие в области шеи). При помощи хирургического вмешательства формируется стома - проход через шею в трахею (дыхательные пути), куда устанавливается трахеостома.



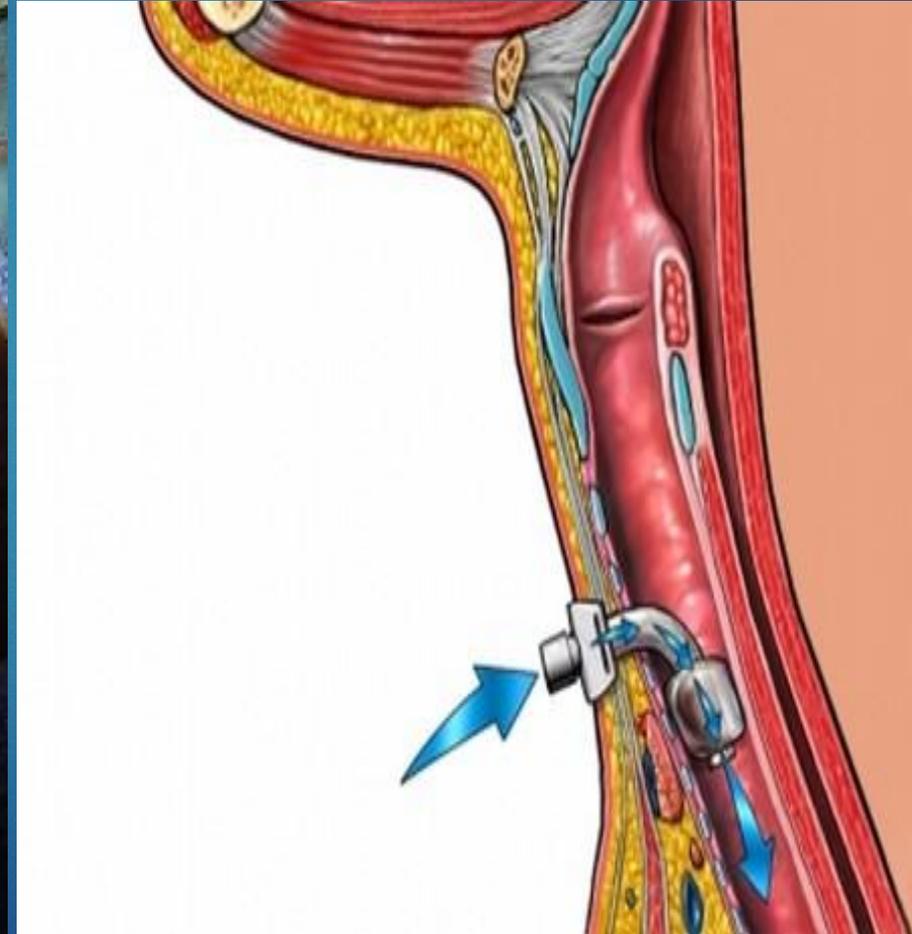
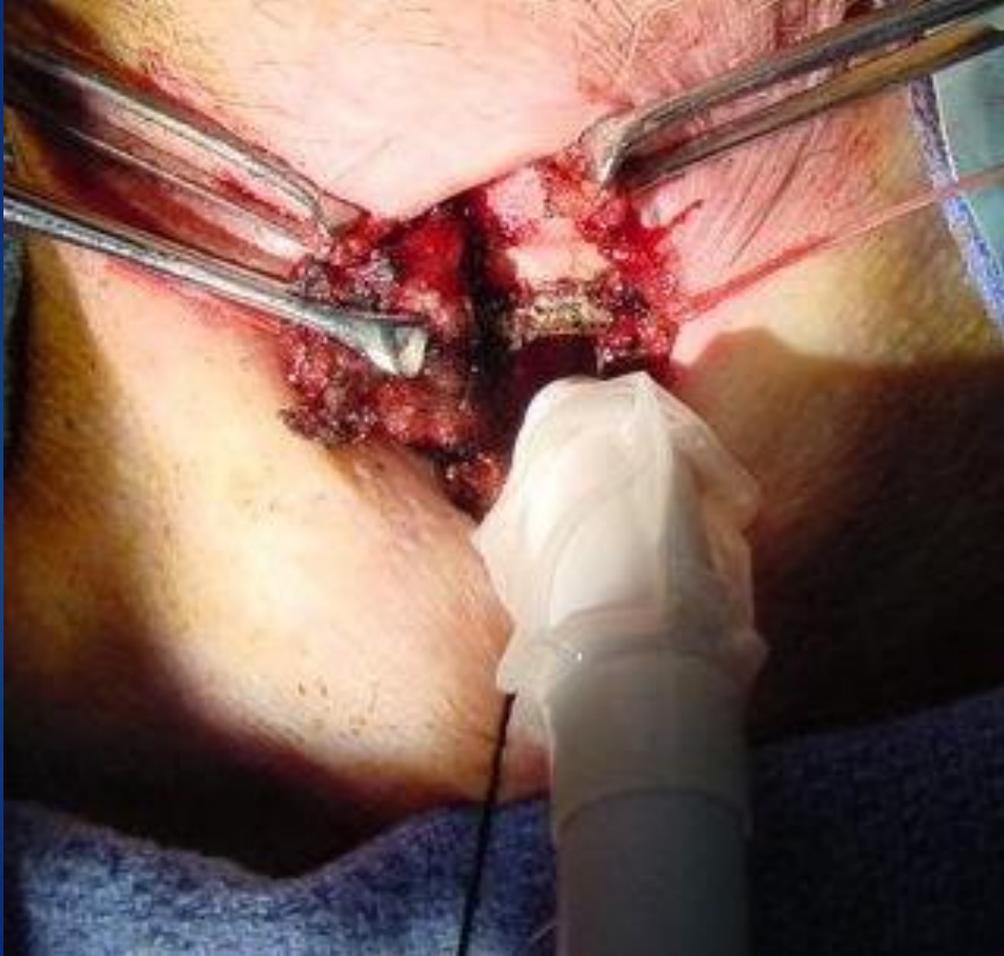
ТРАХЕОСТОМИЯ – одна из древнейших медицинских манипуляций; в Египте и Индии она применялась еще 3000 лет назад.

Известно, что Александр Македонский (356-323 г.г. до нашей эры) использовал меч для разреза трахеи у солдата с удушьем вследствие аспирации кровью...



Однако «хирургическая» трахеостомия, более или менее соответствующая современным научным взглядам, была впервые произведена в 1546 г. Итальянским врачом Антонио Маузо Браццола у пациента с абсцессом глотки. В середине XVIII века эта процедура стала широко применяться у детей, болеющих дифтерией.

Трахеостомия выполняется по жизненным показаниям, в плановом или срочном порядке.



Показания к трахеостомии :
обтурация инородными телами;
травмы гортани;
стенозы гортани;
опухоли гортани;
аллергические стенозы.

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



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





▶ № 1

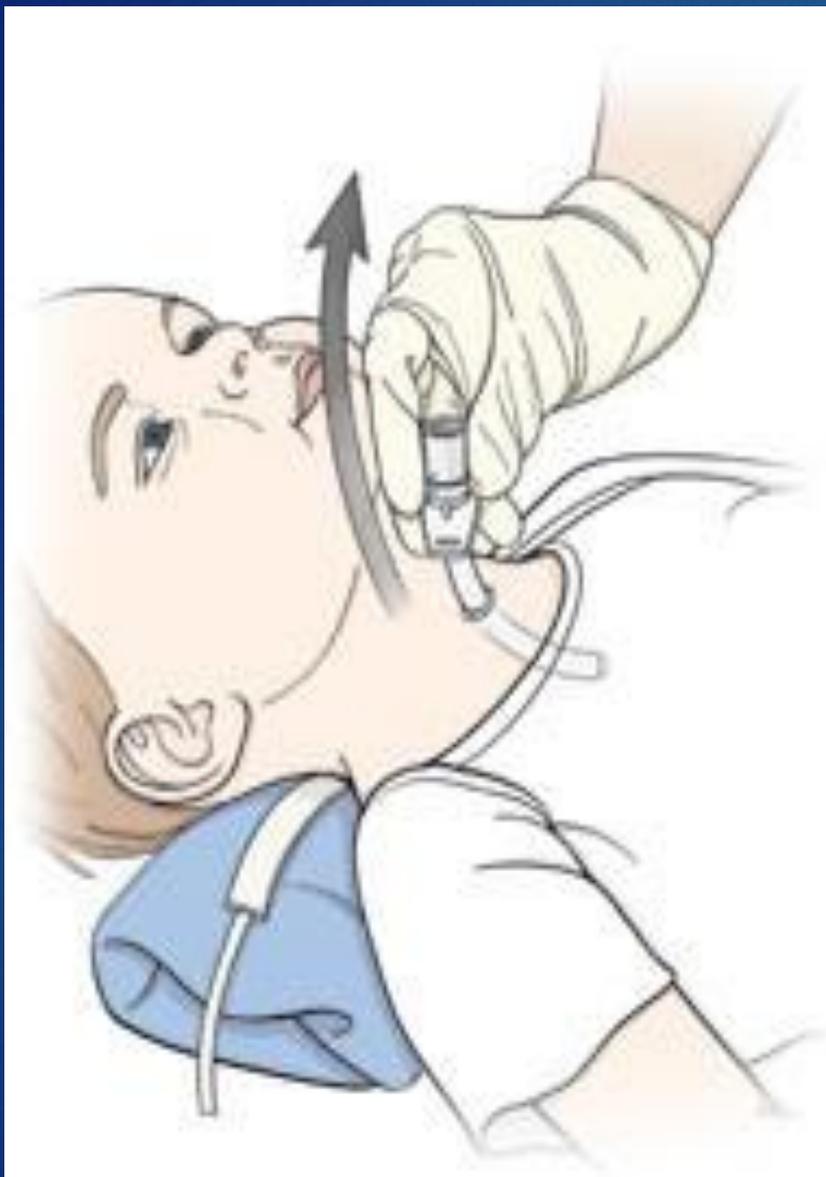


№ 2



№ 3

- 1. Трахеостомические трубки без манжеты**
- 2. Трахеостомические трубки с внутренней канюлей и портом для надманжеточной аспирации**
- 3. Трахеостомическая трубка с двойной манжетой**

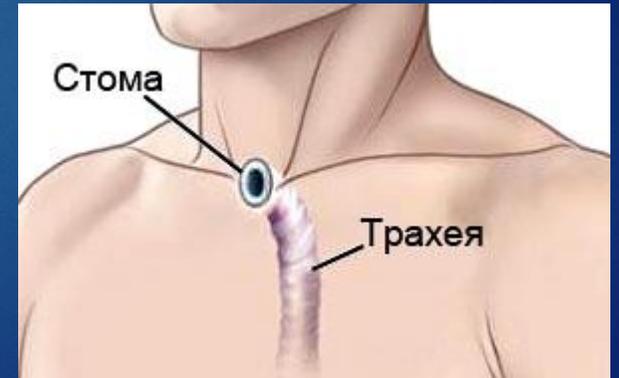
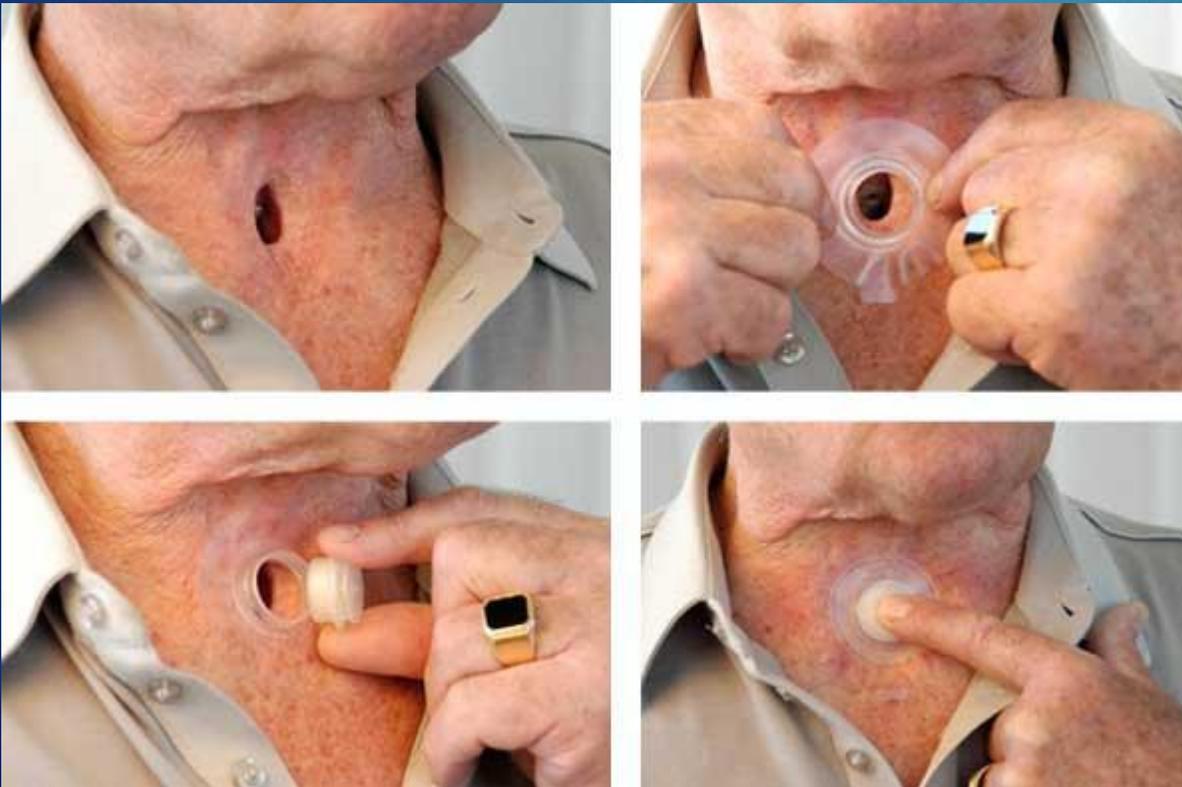


Удалите старую трахеотомическую трубку.



Установите чистую трахеотомическую трубку.

- ▶ Современная хирургия гортани стремится к созданию бесканюльной трахеостомы, при которой ношение трубки не обязательно.
- ▶ Это возможно потому, что формируется фиброзное кольцо, поддерживающее просвет стомы зияющим.



Особенности ухода за пациентом с трахеостомой в постоперационном периоде.

1. Своевременная аспирация трахеобронхиального секрет во избежание закупорки дыхательных путей (Электроотсос) .
2. Обеспечение увлажнения и согревание вдыхаемого воздуха с учетом времени года .
3. Гигиена кожи вокруг трахеостомической трубки, оксигенация
4. Своевременная обработка полости рта.
5. Обеспечение безопасности и комфортного состояние пациенту.
6. Смена положения пациента каждые 2 часа (профилактика застойной пневмонии и пролежней) .
7. Соблюдение правил асептики и антисептики, санитарно-эпидемиологического режима отделения

При уходе за трахеостомой медсестра (не реже 2 раз в день):

- ▶ Фиксирует трахеостомическую трубку повязкой на шее пациента
- ▶ Аспирирует электроотсосом скопившуюся в трахее слизь и мокроту, при необходимости разжижает секрет ферментами, проводит оксигенацию
- ▶ Обрабатывает кожу вокруг стомы антисептиком , по назначению врача - смягчающими или барьерными мазями
- ▶ Подкладывает под трубки специальные стерильные салфетки в виде «штанишек»
- ▶ Накладывает увлажненную салфетку (NaCl 0.9%) с целью увлажнения и обеззараживания
- ▶ Промывает внутреннюю канюлю трахеостомы или меняет на новую, стерильную
- ▶ Обрабатывает полость рта и слизистую губ каждые 3-4 часа тяжелобольному пациенту

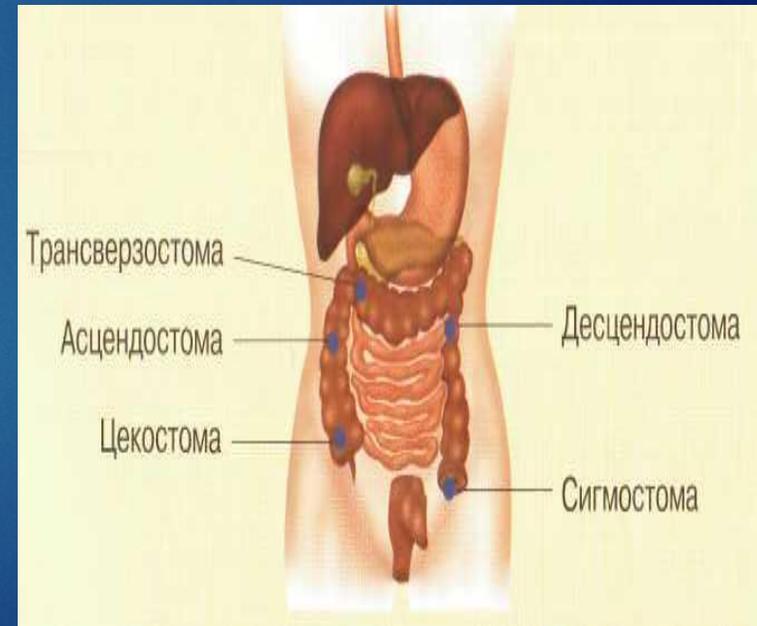
Осложнения после постановки трахеостомической трубки

- ▶ 1. Выпадение трахеостомической трубки при ненадежной фиксации
- ▶ 2. Подкожная эмфизема шеи со сдавлением трахеи (одутловатость, увеличение шеи, крепитация воздуха под кожей, нарушение дыхания)
- ▶ 3. Нагноение раны
- ▶ 4. Кровотечение
- ▶ 5. При нарушении проходимости трахеостомической трубки у пациента появляется **стридор** – шумное свистящее дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. (требуется срочная замена внутренней канюли или ее прочистка)



Виды кишечных стом

- ▶ Эюностома (еюностома) (выведение тощей кишки);
- ▶ Сигмостома (выведение сигмовидной кишки);
- ▶ Трансверзостома (на поверхность выводят петлю ободочной кишки);
- ▶ Асцендостома (выведение на переднюю брюшную стенку участка восходящего отдела толстого кишечника);
- ▶ Цекостома (в правой подвздошной области выводится слепая кишка);
- ▶ Десцендостома (выводится нисходящий отдел кишечника)



- ▶ Временная стома кишечника может быть наложена в том случае, если не удастся 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 кишечника 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.

- ▶ Стома не имеет замыкательного аппарата, поэтому стомированные пациенты не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения.

Стомы кишечника

- ▶ **одноствольными** (т.е. через отверстие на передней брюшной стенке выводится один ствол кишки)
- ▶ **двуствольными**, которые делятся на: **петлевые** (т.е. два ствола находятся в непосредственной близости друг от друга и выведены в одно отверстие) **раздельные** двуствольные стомы, когда на передней брюшной стенке имеются два отверстия, т.е. два ствола, находящиеся на некотором расстоянии друг от друга



ВИДЫ КАЛОПРИЕМНИКОВ

- ▶ **Калоприемник** – техническое средство реабилитации для стомированных пациентов, которое наклеивается на кожу вокруг стомы после проведенной операции.
- ▶ В зависимости от конструкции различают калоприемники однокомпонентные и двухкомпонентные, матовые, прозрачные, с фильтрами и без фильтров
- ▶ Основными фактором, определяющими выбор калоприёмника являются:
- ▶ -степень защиты калоприёмником кожи пациентов;
- ▶ -надёжность изоляции кишечного содержимого;
- ▶ -предотвращения агрессивного воздействия на кожу кишечного содержимого.

Виды калоприемников

▶ Однокомпонентные



▶ Двухкомпонентные



Уход за кожей

- ▶ Размер отверстия определяется по шаблону и соответствует диаметру стомы
- ▶ Вырезанное отверстие не должно превышать размеры стомы более, чем на 2-4 мм
- ▶ Кожа вокруг стомы аккуратно обмывается мыльным раствором, просушивается. После накладывается барьерный крем для предупреждения мацерации.
- ▶ Калоприемник опорожняется при заполнении на $1/3$, $1/2$ объема



1



2



3



4



5



Характер отделяемого из кишечника

- ▶ Подвздошная кишка -от жидкого до пастообразного
- ▶ Восходящая ободочная кишка- от жидкого до мягкого
- ▶ Поперечно-ободочная кишка –мягкое
- ▶ Сигмовидная кишка- от жидкого до оформленного стула

Основные правила питания при КИШЕЧНОЙ СТОМЕ:

- ▶ Пациенту необходимо принимать пищу в строго определенных часы.
- ▶ Плотный завтрак, менее плотный обед и легкий ужин способствуют утреннему стулу.
- ▶ Принятый натощак (до утреннего умывания) стакан охлажденной воды (кипяченой) вызывает усиление работы кишечника, обычно через 30-50 мин начинается дефекация

▶ Первые несколько недель следует питаться бедной шлаками пищей (мясо, рыба, рис, вермишель, белые сухари), чтобы отрегулировать работу кишечника.

▶ **Необходимо быть осторожным с орехами, шоколадом, мучными блюдами, копченостями.**

Их возможно есть понемногу и тщательно пережевывая.

▶ **Чем больше пищи принято, тем скорее наступает опорожнение кишечника:**

жидкая пища вызывает стул скорее, чем твердая;

грубая – быстрее, чем мягкая;

горячая – раньше, чем холодная.

Питание стомированных пациентов : разумное, умеренное, качественное, регулярное

- ▶ **Способствуют перестальтике:** овощи, фрукты, кисломолочные продукты, сахар, мед, холодные блюда и напитки, мороженое, торопливая еда, подъем тяжести
- ▶ **Ослабляют перестальтику:** творог, злаки, рис, бананы, изюм, крепкий чай, кофе, какао, кукуруза, протертые каши
- ▶ **Индифферентные продукты:** яйца, паровые рыба, мясо, пшеничный хлеб, овощи без кожуры и косточек

Рацион расширяют постепенно, вводят по одному продукту

Этапы опорожнения калоприемника



Осложнения кишечных стом:

- ▶ Околостомный дерматит (раздражение кожи вокруг стомы);
- ▶ Кровотечения;
- ▶ Сужение (стеноз);
- ▶ Втянутость (ретракция);
- ▶ Выпадение стомы (пролапс);
- ▶ Гипергрануляция в области стомы;
- ▶ Грыжа в зоне наложения стомы (выпячивание внутренних органов).



- ▶ **При илеостомии стул обычно водянистый, реже пастообразный.**

Содержимое кишечника выходит через илеостому непрерывно через 4-5 часов после приема пищи, а его количество достигает 890-1500 мл.

Выделения оказывают раздражающее воздействие на окружающую кожу.

Понос является частой причиной дегидратации (обезвоживания).

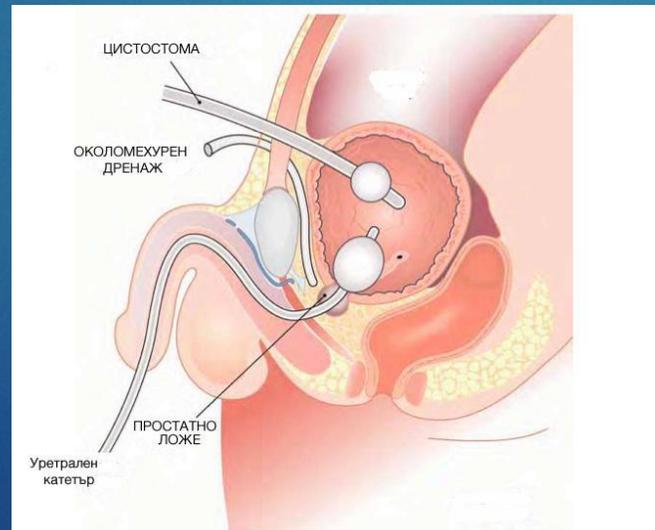
Это важно помнить и употреблять много жидкости, чтобы не произошло обезвоживания организма.

- ▶ **Alterna Conseal** – это тампон для стомы, который представляет собой полиуретановый тампон, покрытый растворимой плёнкой, установленный на круглую клеевую пластину Alterna (Алтерна). Оснащённая фильтром пластина Alterna (Алтерна), устраняет запах и выпускает из кишки воздух.
- ▶ Если ввести тампон в стому плёнка растворяется под воздействием тепла и влаги, тампон разворачивается и принимает форму кишки, что надёжно блокирует выход частиц кала и слизи.
- ▶ **Пациентам с жидким стулом и илеостомами тампоны применять не следует.**



Цистостома.

- ▶ **Цистостома (Эпицистостома)** – искусственно сформированный свищ из мочевого пузыря, выведенный на переднюю брюшную стенку в надлобковой области

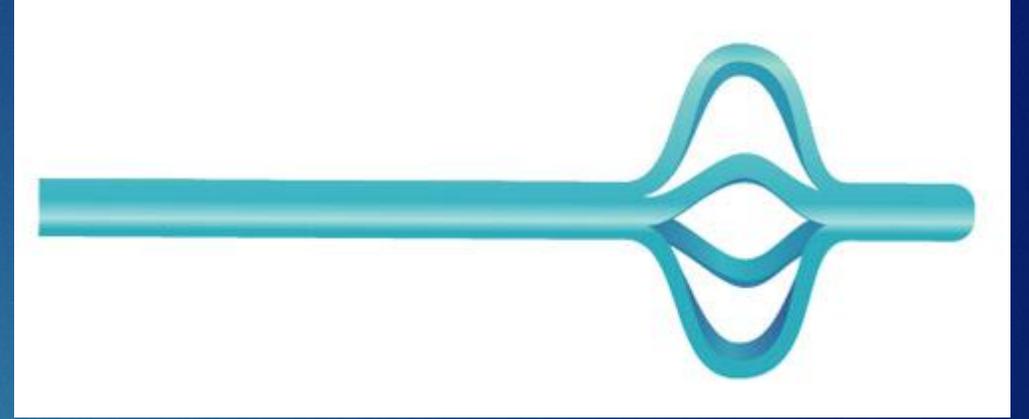


Показания:

- ▶ Острая задержка мочи в сочетании с невозможностью применения уретрального катетера;
- ▶ Ранения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря,
- ▶ Гипертрофия предстательной железы
- ▶ Нарушение функции тазовых органов при повреждении спинного мозга



- ▶ Врач вводит головчатый катетер Малекко или Пеццера
- ▶ Смена катетера не реже 1 раза в месяц
- ▶ Дистальный отдел катетера соединяют с мочеприемником
- ▶ Медсестра должна постоянно оценивать функционирование дренажной системы (диурез, отток мочи, состояние отделяемого по цвету, прозрачности, мутности), образование мочевых затеков (раздражение кожи, развитие опрелостей, пролежней)
- ▶ Ирригация эпицистостомы проводится с соблюдением инфекционного контроля теплым (38-40 гр.) антисептическим раствором 50-100 мл до чистых вод
- ▶ Кожу вокруг эпицистостомы обрабатывают в асептических условиях, накладывают стерильную повязку



- ▶ Обрабатываются места соединения катетера и мочеприемника
- ▶ Питьевой режим стомированного пациента не менее 1.5 литра жидкости



ТИПЫ МОЧЕПРИЕМНИКОВ

- ▶ **Первый тип** мочеприемника – это небольшой мешок, который прикрепляется к ноге при помощи резиновых ремешков. Такой мочеприемник можно носить в течение дня, так как его легко скрыть под брюками или юбкой. Мешок легко опорожняется в туалете.



- ▶ **Второй тип** мочеприемника – это большой мешок, который используется у лежачих пациентов или ночью. Этот мочеприемник обычно вешают на кровать.



Вывод:

- ▶ 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.

