**Реферат**

Тема:

**"Пособие при стомах толстого кишечника"**

**1. Краткая историческая справка**

Начнем с того, что еще до этого во время многочисленных войн люди получали удары копьями или другим колюще-режущим оружием удары в живот, и после этого они, как ни странно, не всегда умирали. В большинстве, естественно, умирали, но, поскольку частота подобных ранений была велика, то медики (а медики существовали, по-моему, всегда во время развития цивилизации) замечали, что не всегда такие люди умирали, а часто еще долго влачили жалкое существование, имея дырку в животе.

Кроме этого, случались события, относящиеся уже к ветеринарному миру. Когда для того, чтобы спасти единственную в доме корову, у которой что-то было в животе, ветеринары научились проделывать в передней брюшной стенке дырочку, после чего опять-таки, корова оставалась жива.

И только в 1710 году в совершенно драматической обстановке была наложена первая стома. Представьте себе семью, в которой достаточно долгое время не было детей. И вот, наконец, долгожданная беременность, рождается долгожданный ребенок. И вдруг - ужас! Ситуация проявляется в том, что у этого ребенка нет анального отверстия. То есть все хорошо, ребенок здоров, но ануса нет. Как вы понимаете, ребенок обречен на смерть. И именно в этой ситуации один из французских хирургов, Летре, решился на отчаянный поступок. Он проделал операцию, которую сейчас мы называем стомирующей операцией. То есть он вывел ребенку кишечник на переднюю брюшную стенку. Но именно 1710 год можно отнести к первым литературным упоминаниям о стомирующих операциях.

А дальше стоматерапия набирала обороты, естественно, в связи с появлением наркоза, с расширениями хирургических возможностей, с расширением познания человечества.

лет до н.э. Первое описание хирургического отверстия, сделанного в кишечнике.

г. Впервые зарегистрированный искусственный анус

г. Первая педиатрическая стома

г. Первая цекостома

г. Первая абдоминальная колостома

г. Первая петлевая колостома

г. Развилась техника Брикера

г. Илеостома Брука

г. Первый Карман Кока

**2. Что такое стома?**

Термин «стома» (ostomy, греч.) обозначает хирургически созданное отверстие, соединяющее просвет внутреннего органа с поверхностью тела. Существуют различные виды стом, имеющих название по органам, на которые они наложены. Наиболее часто встречающимися видами стом в абдоминальной хирургии являются «илеостома» (соединяет просвет тонкой кишки с поверхностью кожи) и «колостома» (соединяет просвет толстой кишки с поверхностью кожи).

Стома может быть временной и постоянной. 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). Наложение временной стомы может потребоваться так же для ограничения прохождения кишечного содержимого по кишке, чтобы место хирургического воздействия не травмировалось каловыми массами. Обычно после закрытия временных стом функционирование кишечника возвращается на прежний уровень.

**3. Кишечные стомы**

**Стома** - это искусственное отверстие (сообщение) между полостью кишечной трубки пациента и окружающей средой.

**Колостомия** - операция выведения ободочной кишки на переднюю брюшную стенку с целью полного или частичного отведения кишечного содержимого и предохранения нижерасположенных отделов от воздействия «каловой струи».

Показания к формированию колостомы:

 При плановых и экстренных операциях по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, когда онкологические принципы требуют полного удаления прямой кишки с ее замыкательным аппаратом;

 Осложненные случаи различных заболеваний толстой кишки - рак, неспецифический язвенный колит, ишемический колит, дивертикулит, абсцессы стенки кишки с ее перфорацией и развитием перитонита;

 Превентивное формирование колостомы (как правило, на поперечную ободочную кишку) при формировании низких колоректальных анастомозов;

 Травмы толстой кишки с повреждением ее стенки (огнестрельные, механические, ожоговые);

 Рецидивы рака прямой кишки, шейки и тела матки и мочевого пузыря при возникновении опухолевого инфильтрата в малом тазу;

 Внутренние свищи между прямой кишкой и мочевым пузырем или влагалищем;

 Тяжелые постлучевые проктиты (после лучевого лечения рака шейки матки);

 Врожденные аномалии типа атрезии анального канала, мекониальной непроходимости у новорожденных и болезни Гиршпрунга;

 Аноректальное недержание.

По времени существования колостомы делятся на временные и постоянные.

Формируя колостому, хирург стремится решить следующие задачи:

 Обеспечить эвакуацию стула и газов;

 Провести декомпрессию вышележащих отделов кишечника;

 Компенсировать утрату функции прямой кишки с помощью колостомы и вспомогательных устройств и мероприятий;

 Прекратить поступление кала в прямую кишку при травмах органов таза;

Ведение колостомы в раннем послеоперационном периоде

Ежедневно меняются повязки с салфетками пропитанными жидким вазелином. В последующем за стомой необходим постоянный уход (обмывание водой, смена повязок) ежедневно и после каждого стула. При благоприятном течении послеоперационного периода калоприемником разрешают пользоваться через 2-3 месяца после операции.

Пациент должен знать, что эта операция направлена на спасение его жизни. Тысячи больных перенесли подобную операцию и продолжают вести полноценную жизнь, многим впоследствии возможно выполнение реконструктивных операций с восстановлением функции анального держания. Тревога больного по поводу последующей жизни с колостомой объяснима. Для достижения максимально возможного качества жизни пациенту необходимо побороть чувство ложного стыда, свободно обсуждать все возникающие вопросы с медицинским персоналом.

Стандарт технологии «Пособие при стомах толстого кишечника»

При уходе за стомированными больными, как при любой медицинской манипуляции важным является использование стандарта технологий медицинских услуг, который определяет четкие правила, утвержденные государством «Основные положения системы стандартизации в здравоохранении» (от 03.12. 97г. 143/6-11).

Под медицинской услугой в системе стандартизации понимают мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Пособие при стомах толстого кишечника

|  |  |
| --- | --- |
| Код технологии | Название технологии |
| А14.18.001. | Пособие при стомах толстого кишечника |
| **1.** | **Требования к специалистам и вспомогательному персоналу** |
| 1.1 | Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги | 1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело |
| 1.2 | Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | Отсутствуют |
| **2.** | **Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала** |
| 2.1 | Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после выполнения манипуляции необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором |
| **З. Условия выполнения простой медицинской услуги** Стационарные Амбулаторно-поликлиническиеСанаторно-курортное |
| **4. Функциональное назначение простой медицинской услуги** Лечебное Профилактическое |
| **5. Материальные ресурсы** |
| 5.1 | Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Стол - 1 шт. Калоприемник. Катетер Н21 8 (стерильный) для промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер. Перчатки З пары. Емкость для дезинфекции отработанного материала, перчаток, катетера и других предметов. Нестерильные перчатки 2 пары. Стерильные перчатки. Пластырь шириной 5 см. |

**. Средства ухода за стомой**

Выбор средств ухода за стомой зависит от ее вида, места расположения, оформленности каловых масс, особенностей кожи вокруг стомы, а также от предпочтений пациента. Существует два вида современных средств ухода за стомой на клеевой основе: однокомпонентные и двухкомпонентные калоприемники. Однокомпонентные калоприемники представлены пластиковым стомным мешком на клеевой основе. Они могут быть недренируемыми (закрытыми) или дренируемыми (открытыми), т.е. имеющими возможность сообщения с окружающей средой. Двухкомпонентные калоприемники представляют собой комплект из двух частей: клеевой пластины и стомных мешков, которые имеют специальное устройство для крепления мешка к пластине - фланец.

Для пациентов с втянутой стомой показаны специальные конвексные клеевые пластины. Они имеют жесткий фланец и «ушки» для крепления пояса. Пояс рекомендуется носить для более прочной фиксации пластины к коже.

**Для пациентов с колостомой** при оформленном стуле и опорожнении кишечника 2-3 раза в день можно применять одно- и двухкомпонентные калоприемники.

**Однокомпонентные** недренируемые (закрытые) следует менять 2-3 раза в день. Если их приходиться менять чаще или появляется риск механического повреждения кожи вокруг стомы, следует переходить на однокомпонентные дренируемые или двухкомпонентные калоприемники.

**Двухкомпонентные** недренируемые (закрытые) калоприемники: пластину обычно меняют 1-2 раза в неделю, а закрытые мешки до 3 раз в сутки.

Основные правила ухода за стомой

Медсестре не следует жалеть времени на внимательнейшее обучение пациентов уходу за стомой, потому что эти инвестиции сил многократно окупаются, когда сам пациент начинает ухаживать за ней, не испытывая зависимости от других людей в столь интимном деле ухода за собой. Надо решить с пациентом, какая раковина будет наиболее подходящей для туалета стомы, каким образом будет обеспечиваться приватность для проведения процедуры (возможность использования ширм, таблички с просьбой не входить и т.д.).

Перед заменой калоприемника подготавливается что-то похожее на маленький перевязочный столик без требований стерильности, в состав которого входят:

зеркало,

ножницы - лучше с загнутыми и тупыми концами,

измеритель стомы или трафарет на стому,

шариковая ручка

полиэтиленовый пакет для утилизации использованного калоприемника,

мыло для рук,

калоприемник,

мягкие салфетки (бинт, марля),

мягкое полотенце.

Если пациент лежит, под его торс следует подстелить непромокаемую пеленку.

Если в больнице имеются специальные средства ухода за кожей, то приготавливают:

очиститель для кожи «Клинзер»,

пасту-герметик «Колопласт» в тюбике или полоске, хорошо выравнивающую шрамы и складки вокруг стомы, создающую ровную поверхность для надежного приклеивания пластины,

защитный крем «Барьер», являющийся профилактическим и заживляющим средством для кожи,

защитную пленку «Вторая кожа», которая наносится непосредственно на кожу под пластину,

защитную пудру для лечения мокнутия кожи.

Не рекомендуется менять калоприемник сразу после еды, лучше это делать утром до завтрака или вечером перед сном.

Уход за стомой

Помыв руки с мылом, стому и кожу вокруг нее моют теплой водой без мыла (!) или обрабатывают специальным очистителем для кожи. Для мытья стомы не используют такие очищающие средства, как антисептические растворы, алкогольсодержащие жидкости, эфир, потому что они так же, как и мыло, сушат кожу, удаляя ее естественный защитный барьер и делая более уязвимой для проникновения бактерий и механических повреждений. Кожу промывают круговыми движениями, постепенно приближаясь к стоме. Следует использовать мягкие салфетки, не рекомендуется пользоваться ватой, которая своими волокнами может вызвать раздражение, препятствовать герметичному наклеиванию калоприемника.

После промывания кожу просушивают промокающими движениями мягким полотенцем или марлевой салфеткой. Если нет постоянного выделения кала, лучше дать коже высохнуть естественным путем.

Если на коже живота вокруг стомы имеются волосы, их следует удалить, осторожно подрезав ножницами. Нельзя пользоваться кремами-депиляторами или брить волосы, так как это может вызвать раздражение кожи.

Если будет использоваться дренируемый мешок, то его дренажное отверстие следует предварительно, до начала использования закрыть зажимом - специальной полоской, одна из сторон которой является клеящей. Для этого устанавливают зажим клейкой стороной на открытом суженном конце мешка и 4-5 раз накручивают конец мешка на зажим, поворачивая его на себя и затем загибая края зажима с обеих сторон к мешку.

Перед наклеиванием однокомпонентного калоприемника клеевую пластину мешка следует согреть между ладонями или подмышкой, после чего надо снять защитное покрытие и совместить нижний край вырезанного в пластине отверстия с нижней границей стомы. Необходимо начинать клеить пластину мешка снизу вверх, плотно прижимая его к коже и разглаживая от стомы к краям пластины, чтобы не образовывались складки. На пластине есть небольшой выступ, который при наклеивании должен «смотреть» вверх, потому что следует удалять пластину сверху вниз, держа ее пальцами за этот выступ. Если используется пояс, то нужно наклеивать пластину с «ушками» для крепления пояса так, чтобы «ушки» находились по горизонтали, - так удобнее крепить пояс.

Если используется двухкомпонентный калоприемник, состоящий из мешка и пластины, то после наклеивания на колостому пластины следует убедиться, что крепежное кольцо мешка открыто, и надеть его на фланец пластины. О закреплении мешка на пластину свидетельствует легкий щелчок.

Для того чтобы снять мешок с пластины двухкомпонентного калоприемника следует открыть крепежное кольцо, нажав пальцем на защелку, осторожно потянув за ушко мешка вверх от себя, при этом дугой рукой придерживая пластину, чтобы не отклеилась.

Дренаж (опорожнение) открытых мешков следует делать регулярно, не допуская их переполнения. Повод для опорожнения - заполнение мешка каловыми массами на 1/3 объема мешка. Однокомпонентные дренируемые калоприемники опорожняют, не отклеивая от кожи. Для этого нижнюю часть мешка направляют в унитаз или судно, открывают дренажное отверстие и опорожняют мешок, после чего тщательно протирают дренажный конец мешка и вновь закрывают его, накручивая на нижний конец клеевую пластину.

Удаление однокомпонентных дренируемых калоприемников производят, если пластина начинает отставать от кожи. При этом у пациента появляется ощущение жжения кожи, так как кишечное отделяемое затекает под пластину мешка. Одной рукой берут мешок за специальный выступ и осторожно (не рывком) отклеивают его сверху вниз, другой рукой придерживая кожу, чтобы она не увлеклась за пластиной. Недренируемый (закрытый мешок) удаляют, если он наполнен каловыми массами на половину.

Калоприемники наклеиваются на кожу только один раз, их повторное использование не допускается!

Уход за пластинами двухкомпонентных калоприемников заключается в их очистке от каловых масс с помощью мягкой тканевой салфетки и теплой воды и вытирании насухо. Если пластина плотно прилегает к коже и обеспечивает полную герметичность, то при дренаже или смене мешков менять ее не следует.

Можно принимать душ, не снимая пластины или пластины с мешком, но не следует это делать слишком долго. После душа их протирают мягким полотенцем.

Смену пластины производят, если она начинает отставать от кожи, и у пациента появляется жжение из-за попадания кишечных выделений на пластину. Удаляют пластину двухкомпонентных калоприемников так же, как пластины однокомпонентных. Повторное использование пластин не допускается!

Уход за кожей вокруг стомы

Кожа вокруг стомы требует неусыпного внимания со стороны специалистов и самого пациента и родственников. Она должна быть не поврежденной, чистой и сухой. На состояние кожи вокруг стомы влияют такие факторы, как адекватность ухода за стомой, диета, которой придерживается больной. Имеют значение индивидуальные особенности кожи пациента, проводимое противоопухолевое лечение.

Чтобы сохранить кожу здоровой, следует придерживаться следующих правил:

В зависимости от типа стомы подобрать правильный тип калоприемника;

Отверстие, вырезаемое под стому, должно соответствовать форме и размеру (диаметру) стомы;

Регулярно опорожнять и менять калоприемник;

Не допускать протекания кишечного содержимого под пластину, следить за герметичностью прилегания пластины;

Если пациент жалуется на покраснение кожи, появление пузырьков или язвочек вокруг стомы, следует незамедлительно поставить в известность врача;

Если имеется возможность использования специальных средств ухода за кожей у стомированных больных, то следует широко использовать очиститель для кожи «Клинзер», пасту-герметик «Колопласт» в тюбике или полоске, защитный крем «Барьер», защитную пленку «Вторая кожа», защитную пудру;

Для нормализации стула у больного следует наблюдать за его режимом питания и питьевым режимом. Надо исследовать пищевой рацион пациента и исключить продукты, вызывающие вздутие живота. При метеоризме, неизбежно вызывающем повышение внутрибрюшного давления, может оказаться полезным применение ферментных препаратов (фестал, панзинорм, панкреатин и т.д.). курс лечения, направленный на нормализацию микрофлоры кишечника (линекс, бифидумбактерин и т.д.). При запорах, которые также могут провоцировать выпадение отрезков кишки, пациенту следует пить не менее 2 литров жидкости в день, употребляя напитки до и после еды, увеличить потребление продуктов, содержащих клетчатку (свежие и тушеные овощи, фрукты, геркулесовая и пшенная каши, хлеб из муки грубого помола), воздерживаться от трудно перевариваемых продуктов (орехи, кукуруза, грибы, яйца, рис), увеличить общую физическую активность.

Для лечения запоров при необходимости в стому можно делать слабительные клизмы, ставить слабительные свечи так, как все это предпринимается в отношении прямой кишки.

При отсутствии фирменных калоприемников или развитии аллергии на пластины приходиться использовать марлевые повязки на стомы. Их впитывающую способность усиливают, фигурно укрепляя сверху половинки памперсов, которые могут поддерживать на теле сетчатые трубчатые бинты большого диаметра для фиксации повязок на туловище. Кожу при этом защищают каким-либо барьерным кремом - щедро нанесенной пастой Лассара, цинковой мазью или детским кремом.

Поскольку в мире ежегодно регистрируется более полумиллиона больных раком прямой кишки и примерно столько же больных раком ободочной кишки, да кроме того, десятки и сотни тысяч больных с другими заболеваниями толстой кишки, операции с формированием колостом производятся довольно часто. Во всем мире, в том числе и в нашей стране, насчитываются десятки тысяч больных с колостомами.

Эта операция зачастую заставляет больного изменить образ жизни, характер работы или даже перейти на инвалидность. Она накладывает отпечаток на семейную жизнь, отдых, на психологическое состояние человека, порой существенно изменяя его характер, делая его более замкнутым, раздражительным, эмоционально неустойчивым.

Социальная, психологическая, профессиональная, бытовая реабилитация таких больных - сложная задача. Помочь больному почувствовать себя полноценным членом общества должны лечащий врач, оперирующий хирург, в сложных случаях - психолог, а также близкие больного: родственники, друзья, коллеги по работе. Поддержка на работе и дома, «чувство локтя», доброе отношение окружающих, христианское сострадание к ближнему - все это заставляет забыть о болезни и почувствовать себя нужным обществу, обрести смысл в жизни.

Во многих развитых странах (США, Великобритании, Италии и др.) существуют особые общества больных с колостомой. Их создали врачи и сами больные при поддержке благотворительных обществ. Члены этих обществ на совместных заседаниях обсуждают общие проблемы, касающиеся диеты, образа жизни, отдыха, работы, их интересуют различные приспособления технического характера, которые могут облегчить уход за колостомой. Эти общества существуют на взносы их членов, добровольные пожертвования и помощь благотворительных организаций.

Первые такие общества созданы и в нашей стране, они существуют, например, в Москве, в Санкт-Петербурге и некоторых других городах.

**Вывод**

В сестринском деле в последние годы произошли большие перемены. Изменяются отношение общества к сестринской практике, система профессионального сестринского образования, создаются современные сестринские технологии, внедряются научные методы организации сестринской практики. Изменяются условия для оказания эффективной и качественной сестринской помощи. Обосновывается российская модель сестринского дела, стержнем которой является сестринский процесс. Развернута работа по обеспечению высокого качества сестринского ухода.

Разработка нормативных документов по обеспечению процесса оказания медицинской помощи требует создания четких понятий в этой области. Все то, что дает полезный эффект, называется услугой. Соответственно, медицинская услуга - это мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику или лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

При любой медицинской манипуляции важным является использование стандарта технологий медицинских услуг, который определяет четкие правила, утвержденные государством «Основные положения системы стандартизации в здравоохранении» (от 03.12. 97г. 143/6-11).

Стандарты технологий выполнения простых медицинских услуг сестринским персоналом позволяют ответить на следующие вопросы:

 Что должна делать медсестра, чтобы обеспечить качество медицинской услуги?

 Сколько времени нужно затратить медсестре, чтобы выполнить ту или иную процедуру, обеспечивая качество услуги?

 Чем должно быть оснащено рабочее место, чтобы медсестра могла выполнить ту или иную процедуру за определенное время, обеспечивая качество услуги и собственную безопасность?

 Как обеспечить собственную безопасность при выполнении любых манипуляций, в том числе не связанных с оказанием медицинских услуг?

**Литература**

стома кишечник толстый уход

1. Журнал «Сестринское дело» №6 2008 г. статья «Уход за стомированными больными» автор Татьяна Орлова - врач, психиатр-психотерапевт онкологического отделения.

. Стандарты технологии «Пособие при стомах толстого кишечника»

. Интернет сайт статья «Кишечные свищи и стомы» автор хирург-онколог И.П. Костюк