



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Гастростома

**Справочник
по уходу и профилактике
осложнений**

Москва 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие автора.....	3
Список сокращений.....	4
1. Введение. Что такое гастростома?.....	4
2. Установка гастростомы.....	5
2.1. Виды гастростомических трубок.....	5
2.2. Методы установки.....	6
2.2.1. Чрескожная эндоскопическая гастростомия	7
2.2.2. Прямая пункционная гастростомия	8
2.2.3. Рентгенологическая гастростомия	9
2.3. Показания к гастростомии.....	9
2.4. Противопоказания к гастростомии.....	10
2.5. Предоперационная подготовка.....	10
2.6. Послеоперационный уход.....	10
3. Уход за гастростомой.....	13
3.1. Ежедневный уход.....	13
3.1.1. Уход за ротовой полостью.....	13
3.1.2. Уход за гастростомической трубкой.....	14
3.1.3. Уход за кожными покровами в области гастростомы.....	15
3.2. Замена жидкости в баллоне баллонной гастростомической трубки.....	15
3.3. Замена баллонной гастростомической трубки.....	16
4. Питание через гастростому.....	17
4.1. Общие принципы питания через гастростому.....	18
4.2. Виды смесей для зондового энтерального питания.....	18
4.3. Способы введения.....	19
4.3.1. Кормление при помощи шприца.....	20
4.3.2. Кормление через энтеромат.....	22
4.4. Прием лекарственных препаратов через гастростому.....	23
4.5. Осложнения питания и их профилактика.....	23
4.5.1. Диарея.....	23
4.5.2. Профилактика запоров.....	24
4.5.3. Застой желудочного содержимого.....	25
4.5.4. Аспирация.....	25
4.5.5. Нарушения проходимости гастростомической трубки.....	25
5. Осложнения и их профилактика.....	26
5.1. Воспаление кожных покровов.....	26
5.2. Пролежни в канале гастростомы.....	27
5.3. Бампер-синдром.....	27
5.4. Подтекания из канала гастростомы.....	28

5.5. Грануляция.....	28
5.6. Нарушение целостности гастростомической трубки.....	29
5.7. Выпадение гастростомической трубки.....	30
6. Психологическая поддержка.....	30
6.1. Поддержка пациента и его семьи.....	30
6.2. Рекомендации по адаптации к жизни с гастростомой.....	31
7. Часто задаваемые вопросы.....	32
8. Терминологический словарь.....	36
9. Полезные ресурсы.....	37

Предисловие автора



Здравствуйте, дорогие друзья!

В жизни могут возникнуть ситуации, когда здоровье становится особенно уязвимым, а привычные методы питания не могут обеспечить необходимую поддержку.

Такие обстоятельства развиваются внезапно или постепенно, но для каждого человека это испытание, требующее профессиональной помощи, особого внимания и заботы.

В подобные моменты важно знать и помнить, что есть современные решения для сохранения качества жизни.

К одним из таких эффективных методов относится установка гастростомы — надежное и безопасное средство обеспечения полноценного питания и потребления достаточного количества жидкости при невозможности сделать это через ротовую полость.

Собранные рекомендации предназначены для всех, кому интересна тема питания через гастростому.

Основная цель этого издания — предоставить медицинским работникам, пациентам и их семьям полную информацию о гастростоме, повысить уверенность в действиях и дать четкие рекомендации по уходу и питанию, чтобы минимизировать риск осложнений и обеспечить комфорт пациента.

Надеюсь, этот ресурс поможет людям быстрее адаптироваться к новым условиям, принять гастростому и поддерживать достойное качество жизни.

*Козлова Анна Сергеевна,
академическая медицинская сестра,
член Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи*

Список сокращений

ГСТ — гастростомическая трубка

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

НГЗ — назогастральный зонд

ППГ — прямая пункционная гастростомия

ЧЭГ — чрескожная эндоскопическая гастростомия

ЭП — энтеральное питание

1. Введение. Что такое гастростома?

Бывают ситуации и обстоятельства, когда естественный путь питания через рот становится затруднителен или и вовсе невозможен.

Недостаточное потребление питательных веществ приводит к снижению иммунной функции, замедляет процессы заживления, вызывает атрофию мышц и обострение хронических патологий, ухудшает общее физическое самочувствие и даже психологическое состояние.

В этом случае возможный вариант — зондовое питание: метод питания через специальную полую трубку — зонд, который устанавливается непосредственно в желудок или кишечник.

По способу введения зондовое питание бывает без нарушения целостности кожных покровов — посредством установки зонда через носовой ход или ротовую полость. Такой зонд в желудке называется назогастральным зондом (НГЗ).

Возможно также организовать путь введения с нарушением целостности кожных покровов (чрескожно), для этого формируется специальный искусственный канал — стома. Такой канал в желудок носит название «гастростома».

Если предполагается, что зондовое питание будет длительным, свыше 4–6 недель, то методом выбора ввода питания в этом случае должна быть гастростома, а не НГЗ.

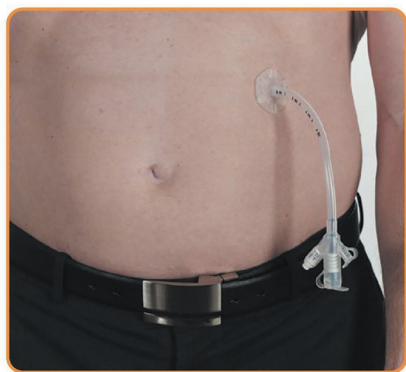


Фото 1. Гастростомическая трубка в канале гастростомы

Гастростома — это искусственное отверстие, которое соединяет переднюю брюшную стенку и полость желудка. Своеобразный искусственный вход в желудок.

Гастростомия — операция, при которой формируется этот искусственный вход в полость желудка: во время оперативного вмешательства делается отверстие на передней брюшной стенке, куда устанавливается специальная трубка.

Гастростомическая трубка (ГСТ) — медицинское изделие, которое устанавливается в канал гастростомы. Необходима для введения питательных и лекарственных смесей непосредственно в желудок, а также для дренирования и аспирации желудочного содержимого (фото 1).

2. Установка гастростомы

2.1. Виды гастростомических трубок

ГСТ всегда фиксирована в канале гастростомы с двух сторон: снаружи при помощи наружного фиксатора и изнутри желудка при помощи внутрижелудочного фиксатора. Это препятствует ее смещению как наружу, так и внутрь.

Изготавливают ГСТ из современных материалов, что снижает риск аллергических реакций и повышает износостойкость изделия. Покрытие ГСТ рентгенонепроницаемое, что позволяет эффективно проводить рентгеноскопию, когда есть необходимость определить точное местоположение трубки.

ГСТ бывают разных размеров в зависимости от диаметра трубки. Единица измерения размера ГСТ — френч (Fr).

Устройства наружной фиксации могут быть разного вида и конфигурации: треугольник, диск, платформа. Но, независимо от внешнего вида, они всегда скользящие, и при необходимости их можно передвинуть вдоль по ГСТ.

Существует два основных вида ГСТ: *бамперные* и *баллонные*. Баллонные, в свою очередь, бывают длинные («хвостатые») и низкопрофильные (фото 2).

Принципиальная разница между ними заключается в типе устройства внутрижелудочной фиксации.

У *бамперной ГСТ* имеется несдуваемый бампер. Бамперы бывают разной конфигурации: диск, грибовидная форма, корзинка.

У *баллонной ГСТ* внутри желудка раздувается специальная манжета — баллон. Раздутие и сдувание баллона осуществляются извне.

На наружном конце «хвостатых» ГСТ расположены порты для введения, которые синхронизируются со шприцами разного объема (это удобно для введения лекарств и питания).

Баллонная трубка дополнительно всегда имеет порт для манипуляций с баллоном, по нему же ее легко дифференцировать от бамперной ГСТ (фото 3).

Порт баллона всегда промаркирован надписью BAL и цветовым индикатором. Недопустимо вводить в порт баллона питательные смеси и лекарственные препараты, это выведет ГСТ из строя! Порт предназначен только для обслуживания манжеты-баллона.

На стенке «хвостатых» ГСТ имеется сантиметровая маркировка для контроля глубины погружения трубки.



Фото 2. Виды гастростомических трубок



Фото 3. Адаптеры гастростомической трубки: бамперной (слева), баллонной (справа)

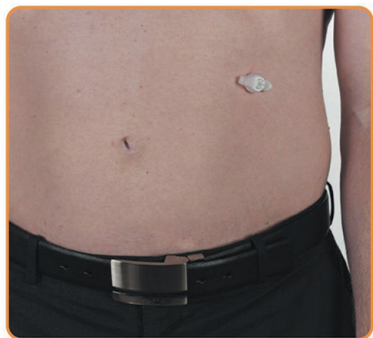


Фото 4. Расположение низкопрофильной гастростомической трубки

У низкопрофильных ГСТ внутрижелудочный фиксатор такой же, как и у обычных баллонных ГСТ, но снаружи нет свободного конца «хвоста», имеется только небольшая кнопка — тело с клапаном внутри и порт баллона.

Противорефлюксный клапан внутри низкопрофильной ГСТ препятствует обратному току содержимого из желудка, даже при открытой крышке ГСТ.

На кожных покровах человека низкопрофильная ГСТ выглядит почти незаметно и визуально похожа на пуговицу, за что ее еще называют пуговичной гастростомой (фото 4).

Любые манипуляции с низкопрофильной ГСТ проводятся при помощи специального переходника-удлинителя, который подсоединяется к наружной кнопке. Для этого необходимо открыть крышку трубки, вставить специальный удлинитель (совместив метку на нем с меткой на трубке) и повернуть его по часовой стрелке до ощущения легкого сопротивления (согласно инструкции по эксплуатации, приблизительно $\frac{3}{4}$ оборота) (фото 5). Не следует пытаться провернуть удлинитель дальше: тем самым можно вывести клапан из строя.

После присоединения удлинителя просвет трубки становится открытым, и можно совершать необходимые манипуляции.

2.2. Методы установки

В настоящее время наиболее распространены способами гастростомии являются методы с использованием эндоскопической поддержки.

Техника эндоскопической гастростомии зависит в том числе от того, какую трубку планируется установить в канал гастростомы.

Бамперная ГСТ устанавливается методом чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) — техника pull «протягивания».

Баллонная ГСТ устанавливается методом прямой пункционной гастростомии (ППГ).

Оба метода — это малоинвазивные оперативные вмешательства (длительность в среднем 15–20 минут).

У взрослых выполняются они под местной анестезией с возможной медикаментозной внутривенной седацией, что позволяет избежать угнетения самостоятельного дыхания.

Детям эндоскопические гастростомии проводятся только под наркозом.



Фото 5. Удлинитель для низкопрофильной гастростомической трубки

2.2.1. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (фото 6)

Взрослым выполняется под местной анестезией, обычно с применением медикаментозной седации, детям операция проводится всегда под наркозом.

В положении лежа на спине эндоскоп проводится в желудок, и желудок раздувается воздухом.

При помощи визуального контроля снаружи и камеры эндоскопа изнутри выбирается место и выполняется пункция передней брюшной стенки и желудка.

Во вновь образованный канал гастростомы трубка протягивается извне через ротовую полость по пищеводу в желудок и надежно фиксируется изнутри бампером (фото 7).

Далее устанавливается наружный фиксатор, свободный конец трубки обрезается и устанавливается порт-адаптер для манипуляций с трубкой. Рекомендованная длина свободного конца 25–30 см.

Срок эксплуатации бамперной ГСТ и, соответственно, плановой замены 1–1,5 года.

Замена трубки возможна только в условиях стационара, так как извлекается трубка тем же путем, что попадает в канал, только наоборот: при помощи эндоскопа визуализируется бампер ГСТ, снимаются наружный фиксатор и адаптеры, трубка эвакуируется через пищевод и ротовую полость наружу.

В последующем заменить бамперную ГСТ можно как на новую бамперную, так и на баллонную, что существенно упрощает и ускоряет процесс замены. В этом случае баллонную трубку после извлечения старой бамперной просто вставляют извне в канал напрямую (фото 8).

Важно учитывать, что в ходе проведения операции трубка проводится в канал через ротовую полость, что не является асептичным. Ротовая полость, даже предварительно санитированная, все равно содержит огромное количество бактерий. Именно поэтому при ЧЭГ необходима профилактическая антибиотикотерапия.

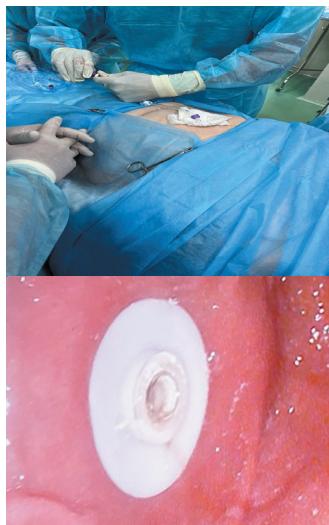


Фото 7. Установка бамперной гастростомической трубки

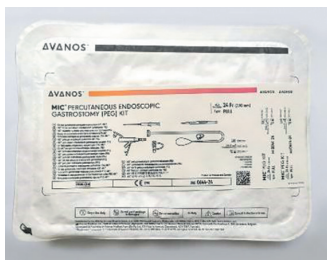


Фото 6. Набор для чрескожной эндоскопической гастростомии

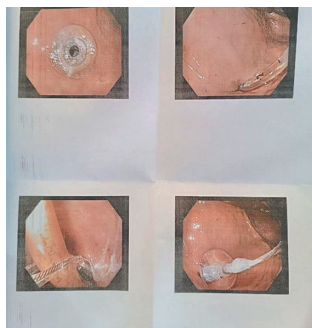


Фото 8. Замена бамперной гастростомической трубки на баллонную



Фото 9. Набор для проведения прямой пункционной гастростомии



Фото 10. Прямая пункционная гастростомия

2.2.2. Прямая пункционная гастростомия (фото 9)

Взрослым - под местной анестезией с возможной медикаментозной седацией эндоскоп заводится в желудок, и желудок раздувается воздухом. Детям операция проводится только под наркозом.

Далее желудок крепится к передней брюшной стенке при помощи трех якорных фиксаторов, пунктируется передняя брюшная стенка и стенка желудка (рис.1).

Затем при помощи набора специальных интродьюсеров создается канал гастростомы, в который снаружи устанавливается баллонная ГСТ (фото 10).

Если планируется установка низкопрофильной ГСТ, то предварительно длина образованного канала гастростомы измеряется специальным измерителем, чтобы опреде-

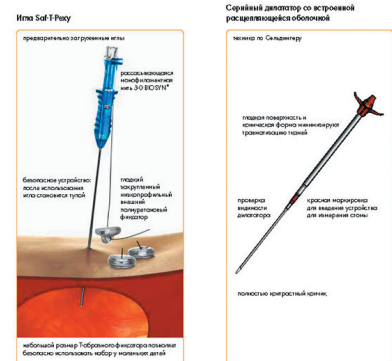


Рисунок 1. Крепление желудка к передней брюшной стенке при помощи якорных фиксаторов

литься точно с необходимым размером трубки (фото 11). Поэтому при проведении первичной установки низкопрофильной ГСТ в наличии должны быть трубки разных размеров. Размер «хвостатой» трубки же можно запланировать заранее.

Якорные фиксаторы отделяются самостоятельно в среднем в течение 3 недель после операции (фото 12). Если в течение 1 месяца самостоятельного отделения не произошло, следует их аккуратно удалить, обрезав нитку. Внутренняя часть фиксатора выходит естественным путем.

Методика не требует проведения трубки через ротовую полость и пищевод, что актуально при опухолях головы и шеи, так как они мешают проведению трубки — либо физически закупоривают просвет, либо могут травмироваться при проведении трубки, что приведет к кровотечению или переносу опухолевых клеток. Также это уместно при сужении или воспалении пищевода, в связи с чем оперативное вмешательство получается более асептическим, нежели ЧЭГ.

При замене баллонной ГСТ не нужна госпитализация, ее можно провести в домашних условиях.

Баллонная ГСТ требует замены в среднем 1 раз в 4–6 месяцев.

Для низкопрофильных ГСТ срок плановой замены такой же, как для обычных баллонных трубок, но отсоединяемые удлинители рекомендовано менять чаще — 1 раз в 2 недели при должном уходе и своевременной очистке.

2.2.3. Рентгенологическая гастростомия

Существует также метод рентгенологической гастростомии: процедура проходит под рентгенологическим контролем с применением рентгеноконтрастного вещества. Ее тоже обычно проводят под местным обезболиванием. В ходе рентгенологической гастростомии устанавливается баллонная ГСТ.

2.3. Показания к гастростомии

Основное показание — невозможность принимать пищу через рот в течение длительного времени (свыше 4–6 недель).

Причины могут быть различными:

- Новообразования в области головы, шеи, желудка (механическая непроходимость или частичная закупорка просвета в каком-либо отделе).
- Невозможность глотать вследствие злокачественных новообразований в области ротовой полости, глотки, пищевода, кардиального отдела желудка.
- Травмы в области головы, шеи, желудка.
- Нарушение проходимости вследствие рубцевания тканей пищевода в результате ожогов или травм.
- Челюстно-лицевая хирургия.
- Свищи в трахеопищеводной или бронхопищеводной области.
- Нарушения сознания (сопор, кома).
- При нарушениях функции глотания (дисфагия) разной этиологии — повреждения центральной нервной системы, инсульты, расстройства работы мышц, нейродегенеративные заболевания и т.д.
- Сознательный отказ от приема пищи; это может быть связано с различными психическими расстройствами, лучевой и химиотерапией, инфекционными заболеваниями (из-за интоксикации).
- Запрет на прием питательных веществ через вышерасположенные отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — следствие оперативных вмешательств или предоперационной подготовки, последствия травм, ожогов, ряда серьезных патологий ЖКТ, печени, желчного пузыря и т.д.



Фото 11. Измеритель глубины канала гастростомы

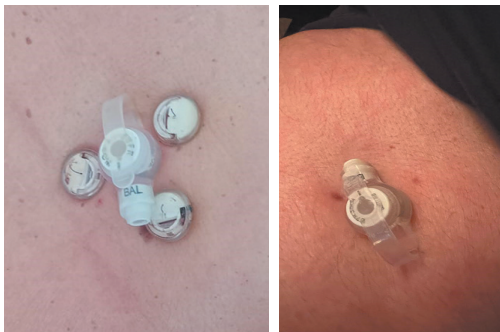


Фото 12. Отделение якорных фиксаторов: низкопрофильная гастростомическая трубка после операции (слева) и через 3 недели (справа)

- Для пациентов с боковым амиотрофическим склерозом показанием к установке гастростомы также является жизненная емкость легких, стремящаяся к 50%. В этом случае установка будет превентивной, учитывая прогноз течения заболевания.

2.4. Противопоказания к гастростомии

Ниже указаны возможные противопоказания для гастростомии:

- Острые хирургические патологии брюшной полости.
- Ряд тяжелых нарушений со стороны верхних отделов ЖКТ.
- Острые инфекционные заболевания или обострения хронических патологий.
- Тяжелый психоз.
- Тяжелые нарушения свертывающей системы крови.
- Ожирение высокой степени.
- Для пациентов с боковым амиотрофическим склерозом противопоказанием является жизненная емкость легких меньше 50%.

Важно отметить, что все противопоказания относительные и решение о возможности проведения операции принимается врачом индивидуально в каждом конкретном случае.

2.5. Предоперационная подготовка

Общие положения предоперационной подготовки к эндоскопической гастростомии:

- Если у пациента выявляются грубые нарушения электролитного баланса, которые развились вследствие отсутствия адекватного энтерального питания (ЭП), то предварительно выполняется их коррекция.
- Нужно пройти ряд вполне стандартных обследований и провести необходимые анализы: ультразвуковое обследование сосудов, электрокардиографию, ультразвуковое исследование брюшной полости, рентген грудной клетки, диагностику инфекционных заболеваний, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму, биохимический анализ крови и т.д. Перечень варьирует и зависит от требований конкретной клиники.
- За некоторое время до операции отменяется прием препаратов, влияющих на свертывающую способность крови.
- Нельзя принимать твердую и жидкую пищу за 8–12 часов до операции. Полностью исключить прием жидкости за 6–8 часов до операции.
- У больных с хронической венозной недостаточностью необходимо использование компрессионного трикотажа в день операции.
- Для пациентов с боковым амиотрофическим склерозом необходимо провести спирометрию перед операцией для оценки жизненной емкости легких.

2.6. Послеоперационный уход

Далее перечислены основные положения:

- После установки необходимо зафиксировать размер и вид ГСТ, показатель на сантиметровой маркировке уровня глубины погружения трубки и объем жидкости в баллоне баллонной ГСТ.
- Первые сутки после операции нужно следить за гемодинамикой (артериальное давление, пульс) и общим состоянием.

- Первое введение через ГСТ можно начинать уже через 4–12 часов в зависимости от рекомендаций лечащего врача. Во время первого введения вводится питьевая вода.

- До и после введения пищи и лекарств ГСТ всегда промывается пульсирующими движениями с помощью шприца (30–50 мл питьевой воды).

- Нельзя допускать контакта лекарственных препаратов с пищей в просвете ГСТ: это может привести к нарушениям ее проходимости.

- Если пища поступает не через гастростому, а, например, через рот, все равно нужно промывать трубку питьевой водой каждые 8 часов.

- В первые 24–48 часов часто присутствует болевой синдром, важно своевременно его купировать при помощи обезболивающих препаратов.

- Для профилактики микротравм в канале при смене положения тела, кашле или походе в туалет нужно придерживать переднюю брюшную стенку в области гастростомы рукой.

- Для профилактики осложнений необходимо немного ослабить наружный фиксатор на 2-е сутки после операции.

- Важно следить, чтобы трубка не находилась в натянутом состоянии, — не стоит подвязывать свободный конец ГСТ и крепить его к одежде.

- Необходимо содержать область вокруг гастростомы чистой и сухой. При смене повязки проверять кожные покровы на предмет раздражений, сыпи или других признаков инфекции (фото 13).

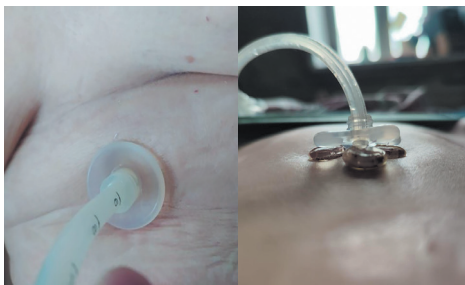


Фото 13. Послеоперационная рана: после чре-
скажной эндоскопической гастростомии
(слева), после прямой пункционной
гастростомии (справа)

Послеоперационная перевязка (2–3 недели после операции)

До и после перевязки обязательно мытье рук, обработка их кожным антисептиком и использование одноразовых перчаток во время перевязки.

Перевязка производится 2 раза в день. Необходимо обратить внимание на следующее:

- 1) обработка кожных покровов в области гастростомы проводится не содержащим спирт и не красящим антисептиком (например, Мирамистин, Октенисепт или Хлоргексидин) с последующим высыханием.

В качестве кровоостанавливающего средства при необходимости можно использовать аминокапроновую кислоту, так как она не обладает раздражающим действием на кожные покровы и не воздействует на материал, из которого изготовлена ГСТ. Не стоит использовать перекись водорода, так как она оказывает агрессивное действие на кожные покровы и может способствовать развитию грануляции;

- 2) повязка под наружный фиксатор делается из стерильной салфетки (желательно не марлевой, лучше использовать салфетки из нетканого материала), которая крепится полоской дышащего пластыря. Не стоит делать повязку слиш-



Фото 14. Послеоперационная повязка:
как нужно (слева) и как не нужно (справа)

ком плотной и использовать много лейкопластыря: повязка должна быть «дышащей». Пластырь может вызывать сухость и раздражение кожных покровов, поэтому следует при смене повязки менять место его наложения (фото 14).

После ЧЭГ послеоперационная перевязка осуществляется на протяжении 2 недель. Далее при отсут-

ствии жалоб повязка убирается, и уход переходит на ежедневный.

После ППГ накладываются клипсы для фиксации желудка к передней брюшной стенке (якорные фиксаторы). Они отпадают самостоятельно в течение месяца либо их снимает врач.

Пока якорные фиксаторы не отделились, послеоперационная рана считается хирургической и требует обработки и смены повязки по послеоперационному алгоритму. В среднем этот период составляет 3 недели.

Для правильного формирования канала обязательно прокручивание ГСТ ежедневно на 360 градусов вокруг своей оси по часовой стрелке. ГСТ вначале нужно немного погрузить в канал гастростомы, затем аккуратно прокрутить. Не стоит бояться этой манипуляции, она абсолютно безболезненна и не приносит дискомфорта.

После ЧЭГ трубку нужно начинать прокручивать сразу после ослабления наружного фиксатора — через пару дней после операции.

После ППГ трубку можно начинать прокручивать только после отделения всех якорных фиксаторов, чтобы не повредить баллон — в среднем через 2–3 недели после операции.

Чего нельзя делать в послеоперационном периоде:

- Смещать без нужды наружное фиксирующее устройство в течение 2–3 недель после установки: трубка должна занять правильное положение. Расстояние от поверхности кожи до фиксирующего устройства должно быть 2–5 мм.
- Накладывать воздухонепроницаемые повязки на гастростому: они могут провоцировать развитие пролежней и грануляций, увеличение числа бактерий.
- Производить манипуляции с баллоном баллонной ГСТ в течение первых 3 недель после установки (пока не отделились все якорные фиксаторы).
- Протирать кожу бинтом или ватой, так как от них остаются нитки и волокна, которые могут вызвать раздражение на коже.
- Мочить гастростому сразу после операции и минимум в течение 1 недели. В это время можно мыть под душем нижнюю часть тела (ниже стомы), а верхнюю лучше обтирать салфетками или губкой. Через 1 неделю после операции гастростому можно мочить водой, ее не нужно закрывать, а повязку перед приемом душа следует снять.

- После душа важно аккуратными промокивающими движениями при помощи чистого полотенца насухо вытереть кожу вокруг гастростомы и под фиксирующим устройством. Нельзя тереть кожные покровы. Далее следует провести обработку по алгоритму.
- Принимать ванну в течение 1 месяца после установки гастростомы: тело не должно погружаться в воду. В случае ППГ нельзя принимать ванну, только душ, пока не отделились якорные фиксаторы.

3. Уход за гастростомой

3.1. Ежедневный уход

В среднем канал гастростомы полностью заживает и формируется уже спустя 3 недели после установки.

По истечении этого срока какой-то специальной обработки гастростома не требует, достаточно соблюдения обычной гигиены и несложных правил по уходу.

Ежедневный уход за гастростомой включает в себя уход за полостью рта, уход за ГСТ и уход за кожными покровами в области гастростомы.

3.1.1. Уход за ротовой полостью

Даже если человек совсем не принимает ничего *per os* (через рот), ежедневный уход за полостью рта необходим минимум 2 раза в день. Он включает обычные гигиенические процедуры и чистку зубов.

Чистить зубы можно только в вертикальном положении (сидя или стоя). Если человек тяжелобольной, малоподвижный или находится без сознания, то перед гигиеной ротовой полости следует приподнять головной конец кровати либо подложить под голову дополнительную подушку, придав телу полусидячее положение. Важно избегать переразгибания шеи и запрокидывания головы. В этом случае во избежание попадания жидкости в дыхательные пути также хорошо использовать аспиратор со стоматологической насадкой для санации ротовой полости.

Не следует чистить зубы в положении лежа: зубная паста, слюна и вода могут попасть в дыхательные пути, что, в свою очередь, способно причинить дискомфорт и даже привести к осложнениям.

Если человек не может сам ухаживать за полостью рта, то для чистки зубов следует использовать специальные щетки — напальчники — это снижает риск случайной травматизации. Нижние зубы необходимо чистить по направлению снизу вверх, верхние — сверху вниз.

Помимо чистки зубов не стоит забывать про отчистку языка — это важно, так как на нем тоже много микроорганизмов, в том числе патогенных, и может образовываться налет. Систематическая чистка языка снижает риск инфекций, повышает комфорт и уменьшает неприятный запах изо рта. Для этого можно использовать специальные скребки для языка или пользоваться салфеткой, смоченной в воде.

У тяжелобольных и малоподвижных людей лучше использовать не взрослую пасту, а детскую: она меньше пенится и мягко очищает.

У таких пациентов помогают специальные палочки для ухода за полостью рта, пропитанные раствором, которые легко приобрести в аптеке.

Осматривать полость рта следует как во время осуществления ухода за ней, так и в течение дня, особенно после приема пищи (если питание комбинированное).

Основные моменты, на которые следует обращать внимание:

- Чистота ротовой полости — убедиться в том, что не остались кусочки пищи после еды, когда комбинируется прием пищи через гастростому и через рот.

- Состояние слизистой ротовой полости — если слизистая рта сухая, то нужно обработать ее специальными аптечными средствами «искусственная слюна» (бывают в разной форме: раствор, гель, жвачка, спрей) либо приготовить раствор для стимуляции выработки слюны и увлажнения в домашних условиях (при помощи лимонного сока и глицерина в соотношении 1:1).

- Важно не допускать сухости ротовой полости, так как это повышает риск развития инфекций носоглотки и дыхательных путей, в также приносит существенный дискомфорт.

- Запах изо рта является симптомом какой-либо патологии.

- Состояние зубов и десен (покраснение, отек, кровоточивость) — в случае возникновения проблем возможно использование специальных гелей для десен.

- Количество и качество слюны — к факторам, провоцирующим слюнообразование, относятся молочные продукты, картофель, тыква и другие овощи, а также продукты с высоким содержанием крахмала, кофе и алкоголь. Повышенное слюнообразование также могут провоцировать плач, кашель, поперхивания пищей, позывы к рвоте, сильно пенящаяся или чрезмерно мятная зубная паста. Если слюны много и она водянистая, возможны медикаментозная коррекция, использование специального пластыря и даже уколы ботокса в слюнные железы. Если же слюна густая и липкая, то в первую очередь это происходит из-за недостаточного употребления жидкости. Рекомендуемая норма потребления в день — 30 мл на 1 кг массы тела для взрослого человека. Обильное слюнотечение, постоянно открытый рот, дыхание ртом при заложенности носа — все это тоже ведет к образованию вязкой, трудноглотаемой слюны в полости рта и на задней стенке глотки. В этом случае нужно выпивать дневную норму жидкости. Можно пить подкисленные жидкости: чай с лимоном, клюквенный морс, ананасовый и цитрусовые соки. Необходимо протирать язык и рот салфетками, смоченными ополаскивателем для полости рта, использовать увлажнители воздуха и т.д.

3.1.2. Уход за гастростомической трубкой

Основные положения:

- До и после любых манипуляций с трубкой обязательно мойте руки с мылом проточной водой.

- В условиях стационара все манипуляции проводятся в перчатках.

- 1–2 раза в день трубку необходимо проворачивать на 360 градусов вокруг своей оси по часовой стрелке.

- Необходимо всегда промывать трубку питьевой водой до и после приема пищи и введения лекарств. Если пища поступает не через гастростому, все равно нужно промывать трубку питьевой водой 2–3 раза в сутки. У низкопрофильной ГСТ промывка осуществляется через съемный переходник-удлинитель.

- Необходимо следить за тем, чтобы наружный фиксатор находился на расстоянии 2–5 мм от поверхности кожи. У низкопрофильных ГСТ необходимо следить за расстоянием от кнопки до поверхности кожи.
- Предохранительный зажим у бамперных ГСТ нужно периодически передвигать вдоль по трубке вверх-вниз во избежание деформации трубки.
- Следует отслеживать показатель сантиметровой маркировки на наружной стенке ГСТ для контроля глубины погружения трубки.
- ГСТ не должна находиться в натянутом состоянии — нельзя подвязывать ГСТ к телу и фиксировать к одежде.
- Жидкость в баллоне баллонных ГСТ нужно проверять или менять 1 раз в 1–2 недели. Для заполнения баллона можно использовать только стерильную воду.

3.1.3. Уход за кожными покровами в области гастростомы

Ежедневно утром и вечером промывать кожу вокруг стомы и под фиксатором теплой водой с мягким мылом. Можно принимать ванну или душ, но трубку нельзя погружать в воду в течение 1 месяца после установки. Через 1 месяц после операции можно погружаться в воду полностью — купание в море или бассейне.

Перед любыми водными процедурами проверять, чтобы просвет трубки был закрыт.

Тщательно протирать кожу вокруг стомы и наружного фиксатора (у низкопрофильных ГСТ «пуговики») после контакта с водой промакивающими движениями.

Нельзя:

- 1) накладывать повязки, пластыри и салфетки поверх гастростомы. От них могут появиться пролежни или грануляции;
- 2) использовать перекись водорода, спиртсодержащие и меняющие цвет кожных покровов антисептики, тальк для обработки кожи вокруг стомы, так как они могут вызвать раздражение и сухость кожных покровов;
- 3) наносить на кожу гормональные мази без рекомендации врача.

3.2. Замена жидкости в баллоне баллонной гастростомической трубки

Воду в баллоне ГСТ нужно проверять или менять 1 раз в 1–2 недели по мере уменьшения первоначального объема. Для заполнения баллона необходимо использовать только стерильную воду.

Первая замена жидкости в баллоне осуществляется после отделения всех якорных фиксаторов — в среднем через 3 недели после операции.

Необходимый объем воды для заполнения баллона указан на порте обычных трубок и зависит от размера трубки.

Для низкопрофильных ГСТ рекомендованный объем для заполнения баллона единый для всех размеров, кроме 12, и составляет 5 мл.

Трубка 12-го размера раздувается в объеме 3 мл.

Нельзя вводить в баллон больше рекомендованного объема жидкости: это может привести к тому, что он лопнет, и трубка выпадет.

Алгоритм замены жидкости в баллоне ГСТ

Не следует производить манипуляции с баллоном трубки сразу после еды.

Понадобится:

- 1) кожный антисептик;
- 2) одноразовые перчатки;

- 3) шприц 10 мл, заполненный необходимым количеством стерильной воды;
- 4) пустой шприц 10 мл;
- 5) шприц большого объема, заполненный 30–50 мл питьевой воды (для детей 10–30 мл).

• Расскажите вашему подопечному о планируемой манипуляции. Если он в сознании и контакт сохранен, то получите его согласие.

- Подготовьте все необходимое.
- Помогите вашему подопечному занять удобное положение лежа на спине.
- Вымойте руки, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.
- Придерживая ГСТ одной рукой, другой присоедините пустой шприц к порту баллона и потяните поршень на себя, аспирируя содержимое, сдуйте баллон полностью до ощущения сопротивления.

• Отсоедините шприц, во избежание выпадения ГСТ продолжайте ее придерживать.

• Подсоедините к порту баллона шприц, наполненный свежей стерильной водой необходимого объема, и раздуйте манжету. Отсоедините шприц.

• Немного погрузите трубку в канал гастростомы и прокрутите ее по часовой стрелки вокруг своей оси, затем аккуратно подтяните трубку вверх до ощущения легкого сопротивления.

• Визуально убедитесь, что наружный фиксатор находится на необходимом расстоянии от поверхности кожи. При необходимости отрегулируйте его.

• При помощи шприца большого объема введите в трубку питьевую воду, чтобы проверить ее проходимость.

• Снимите перчатки, вымойте руки и помогите вашему подопечному занять удобное положение.

3.3. Замена баллонной гастростомической трубки

Замена баллонной ГСТ производится согласно рекомендациям производителя, в среднем 1 раз в 4–6 месяцев.

Трубка на замену должна быть того же размера, что и предыдущая, возможна замена на меньший размер.

На случай экстренной ситуации желательно, чтобы дома всегда была новая трубка на замену.

Алгоритм замены баллонной ГСТ

Замену трубки следует производить на пустой желудок — натощак или через пару часов после еды. И не менее чем за полчаса до еды.

Понадобится:

- 1) кожный антисептик;
- 2) одноразовые перчатки;
- 3) шприц 10 мл, заполненный необходимым количеством стерильной воды;
- 4) пустой шприц 10 мл;
- 5) шприц большого объема, заполненный 30–50 мл питьевой воды (для детей 10–30 мл);
- 6) бесспиртовой антисептик;
- 7) новая ГСТ необходимого размера;
- 8) охлажденная кипяченая вода или водорастворимый лубрикант.

- Расскажите вашему подопечному о планируемой манипуляции. Если он в сознании и контакт сохранен, то получите его согласие.

- Подготовьте все необходимое.

- Помогите вашему подопечному занять удобное положение лежа на спине.

- Вымойте руки, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.

- Подготовьте новую ГСТ: раздуйте баллон и проверьте его целостность, отрегулируйте наружный фиксатор на необходимое расстояние по маркировке на стенке трубки (глубина погружения старой трубки +1–2 см), смочите внутренний конец трубки кипяченой водой либо водорастворимым лубрикантом. Вазелином и органическими маслами обрабатывать трубку нельзя.

- Обработайте кожу в области гастростомы бесспиртовым антисептиком и осушите ее при помощи салфеток.

- Придерживая ГСТ одной рукой, другой сдуйте баллон старой трубки до конца при помощи пустого шприца.

- Аккуратно извлеките старую трубку. Если трубка не выходит, стоит проверить, до конца ли сдута манжета.

- Вставьте в канал гастростомы новую ГСТ до уровня наружного фиксатора.

- Раздуйте баллон новой ГСТ стерильной водой в необходимом объеме.

- Прокрутите ГСТ вокруг своей оси по часовой стрелке.

- Затем аккуратно подтяните трубку вверх до ощущения сопротивления и опустите наружный фиксатор на необходимое расстояние от поверхности кожных покровов (2–5 мм).

- При помощи шприца большого объема введите в трубку питьевую воду, чтобы проверить ее проходимость.

- Снимите перчатки, вымойте руки и помогите вашему подопечному занять удобное положение.

Если есть сомнения в том, что ГСТ находится в полости желудка, то можно забрать аспират и проверить уровень pH при помощи pH-индикаторной бумаги либо провести рентгеноскопию. Если pH равно или ниже 5,5, — всё в норме.

4. Питание через гастростому

Ниже указано, с чего следует начать:

- Оценка пищевых потребностей проводится лечащим врачом или группой специалистов с учетом медицинской истории, состояния здоровья, физиологических особенностей и целей лечения.

- Выбор оптимального типа и размера гастростомы зависит от диагноза, прогнозов, индивидуальных потребностей и предпочтений самого пациента.

- Разработка индивидуального плана включает оптимальное сочетание питательных веществ, с учетом рекомендаций врача и диетолога, и желаний самого пациента. При необходимости подбирается тип ЭП.

- Выбор способа введения питания через гастростому (болюсное, интервальное или непрерывное питание).

- Необходим регулярный мониторинг процесса питания через гастростому, оценка эффективности и корректирование плана питания при необходимости.

4.1. Общие принципы питания через гастростому

После операции количество вводимой в желудок пищи не должно превышать количество потребляемой пищи за 1 сутки до операции. Далее постепенно в индивидуальном порядке происходит увеличение объема до необходимого количества.

Кормление через гастростому возможно как специальным ЭП, так и обычной едой. Еда должна быть адаптирована блендером до гомогенного состояния и доведена до достаточно жидкой консистенции.

Важно учитывать, что зондовое ЭП сбалансировано, а в адаптированной обычной пище сложнее подсчитать количество калорий и соблюсти необходимое соотношение питательных веществ.

Специализированное зондовое ЭП представляет собой сбалансированную смесь, которая состоит из белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов. Компоненты смеси подобраны таким образом, что они усваиваются полнее и легче, чем вещества из обычной пищи. Смеси для ЭП можно добавлять в обычные уже готовые блюда, обогащая их белком, энергией, витаминами и микроэлементами, а можно использовать самостоятельно.

В сети есть много рецептов приготовления блюд с применением ЭП, существуют даже специальные книги рецептов.

Необходимый суточный калораж индивидуален и зависит от изначальных данных, состояния конкретного человека и его заболевания.

Исходя из индивидуальной потребности, подбирается план питания и вид питательной смеси.

Также важно не забывать о водном балансе и обеспечить потребление достаточного количества жидкости из расчета 30 мл/кг массы тела в сутки для взрослого человека.

Бывают ситуации, когда питание через гастростому комбинируется с питанием через рот (*per os*). Например, это может быть актуально на этапе реабилитации или, наоборот, при превентивной установке. В этом случае важно при общем подсчете калоража и количества жидкости учитывать оба способа.

Необходимо следить за температурой питательной смеси: она должна быть теплой, около 37 градусов. Горячая пища может обжечь желудок, а холодная доставить дискомфортные ощущения.

ГСТ необходимо промывать водой до и после каждого кормления или введения лекарств питьевой водой в объеме 30–50 мл для взрослого человека. Для детей количество воды для промывки меньше и зависит от возраста, массы тела и состояния, в среднем составляя 10–30 мл.

4.2. Виды смесей для зондового энтерального питания

По форме выпуска:

- жидкие смеси — готовы к употреблению непосредственно из упаковок, удобны в применении, требуют минимального количества дополнительного оборудования. В открытом виде хранятся в холодильнике не более 24 часов;
- порошковые смеси — требуют разведения водой или другой жидкостью перед употреблением. Открытая упаковка хранится долго согласно рекомендациям производителя.

По форме упаковки:

- пластиковая упаковка;
- жестяная банка;
- пакет;
- бутылка.

По составу все смеси подразделяются на стандартные и специальной направленности:

- стандартные смеси предназначены для пациентов с нормальной пищеварительной функцией, сбалансированы и подходят для монопитания;
- специализированные смеси разработаны для удовлетворения особых потребностей пациентов с различными заболеваниями, медицинскими состояниями или ограничениями.

По калорийческой (энергетической) насыщенности:

- изокалорийческие — в 1 мл смеси содержится 1 ккал;
- гипокалорийческие — в 1 мл смеси содержится меньше чем 1 ккал;
- гиперкалорийческие — в 1 мл смеси содержится больше чем 1 ккал.

Важно: чем выше калорийность смеси — тем выше осмолярность и, соответственно, организму тяжелее усвоить это питание.

Это нужно учитывать при выборе режима и метода введения зондового питания: при быстром введении существует риск нежелательных явлений со стороны ЖКТ (дискомфорт, диарея).

По наличию пищевых волокон:

- без пищевых волокон;
- с пищевыми волокнами — рекомендуются для улучшения кишечной микрофлоры, облегчения процесса пищеварения и профилактики запоров.

4.3. Способы введения

Осуществлять питание через гастростому можно разными способами:

- При помощи шприца большого объема — болюсно, отдельными порциями.
- Через специальную систему — капельно, через определенный интервал времени.
- Через специальные устройства непрерывно с заданными скоростью и объемом.

Болюсное ЭП — это метод введения пищи через гастростому, при котором человек получает одну достаточно большую порцию пищевой смеси, обычно несколько раз в день, чтобы обеспечить его питательные потребности.

Этот способ максимально точно имитирует обычное питание и стимулирует естественную активность ЖКТ. Питание подается порциями 3–6 раз в день со скоростью не больше чем 10 мл/мин.

Обычно болюсное питание осуществляется при помощи медицинского шприца большого объема (50–150 мл).

При плохой переносимости болюсного введения необходимо увеличить кратность введения, уменьшить скорость введения или перейти к медленному введению смесей длительно при помощи специальных систем или приборов — энтероматов.

Интервальный способ питания — метод подразумевает введение питательной смеси через ГСТ несколько раз в день, обычно в течение 20–60 минут, а затем закрытие доступа к желудку. Этот подход часто используется для людей, способных усвоить некоторое количество пищи.

Осуществлять его лучше при помощи специальных систем для питания.

Системы эти могут выглядеть как резервуар для питательной смеси с магистралью, оборудованной колесиком, для установления капельного введения ручным способом «на глаз», которая подсоединяется к ГСТ. Все резервуары обычно прозрачные и имеют маркировку по объему в миллилитрах, что удобно для точного определения количества вводимой смеси.

Также система может иметь вид отдельной магистрали с колесиком, которая синхронизируется с емкостью с жидким зондовым питанием напрямую — это упрощает процесс и минимизирует контакт питательной смеси с чем-либо, а также не требует лишних емкостей и подручных средств.

Важно учитывать, что не все коннекторы таких систем синхронизируются со всеми ГСТ, некоторые производители делают изделия, которые подходят только под определенный разъем.

Недостатком ручной капельной установки является то, что требуется постоянный визуальный контроль: не забилась ли система или, наоборот, не стала ли скорость введения слишком высокой. Невозможно точно рассчитать продолжительность питания.

Для большей точности или непрерывного введения можно воспользоваться специальными приборами.

Непрерывное питание через ГСТ — пищевая смесь постоянно поступает в желудок через гастростому при помощи специального шприцевого насоса или энтеромата.

Этот метод обычно применяется в случаях, когда человек испытывает трудности с усваиванием больших разовых объемов пищи или ему требуется непрерывное питание для поддержания определенного уровня питательных веществ в организме. Питательная смесь поступает в ЖКТ постепенно, что уменьшает нагрузку в моменте и может существенно снизить риски неприятных явлений (таких как диарея, чувство тяжести и т.д.).

Внешне энтероматы представляют собой специальные устройства, которые устанавливаются между контейнером с пищевой смесью и ГСТ.

Они обеспечивают регулируемый поток пищевой смеси через гастростому с определенной заданной скоростью, гарантируя точное и равномерное введение пищи.

Энтероматы имеют встроенные механизмы безопасности, такие как предотвращение обратного течения, а также звуковые сигналы тревоги.

Обычно они оснащены аккумуляторами, что позволяет работать не только от сети, но и автономно. Зачастую аппараты компактны и легки в использовании, что делает их удобными для применения как в стационарных, так и в домашних условиях.

4.3.1. Кормление при помощи шприца

Алгоритм болюсного кормления через гастростому

Перед кормлением внимательно осмотрите кожу вокруг гастростомы, убедитесь в ее чистоте и сухости, отсутствии воспаления.

Проверьте чистоту и целостность самой ГСТ. В случае низкопрофильной трубки подготовьте удлинитель для питания.

Потребуются:

1) 2 шприца большого объема (50–150 мл). Один — для выпуска газов, промывания ГСТ и приема воды, второй — для приема пищи;

2) питьевая вода;

3) проверить предварительно подготовленную питательную смесь (внешний вид, правильность хранения, срок годности, целостность упаковки, температуру);

4) салфетки или полотенце для устранения возможных загрязнений во время кормления.

- Обработайте руки гигиеническим способом, при необходимости наденьте перчатки.

- Перед подачей питания при необходимости оцените правильность положения трубки или наличие застоя. Для этого можно произвести аспирацию желудочного содержимого при помощи шприца и проверить pH содержимого при помощи специальной тест-полоски. Если pH равно или ниже 5,5, — всё в норме.

- Если есть необходимость, выпустите воздух (газы) из желудка. Для этого откройте крышку ГСТ, вставьте колбу шприца (без поршня), откройте зажим на трубке (если он есть), выпустите газы, закройте зажим, отсоедините колбу.

- У низкопрофильных ГСТ все эти манипуляции проводятся через удлинитель-переходник.

- Помогите пациенту занять удобное положение сидя — это помогает пищеварению и снижает риск рефлюкса.

- Соедините колбу и поршень, наберите 30–50 мл питьевой воды (для взрослого).

- Подсоедините шприц к трубке, откройте зажим, введите воду, чтобы промыть ГСТ и проверить проходимость. Закройте зажим, отсоедините шприц.

- Для низкопрофильных трубок вначале водой заполняется удлинитель, потом он подсоединяется к трубке и вводятся остатки воды (чтобы лишние газы из просвета удлинителя не попали в желудок и не причинили дискомфорт), далее зажим на удлинителе перекрывается, и шприц отсоединяется.

- Вставьте шприц с едой, откройте зажим, медленно введите еду со скоростью, максимально приравненной к естественной скорости потребления пищи, не быстрее чем 10 мл/мин.

- Возможно кормление самотеком, когда колба шприца используется без поршня, по типу воронки. Но в этом случае важно также следить за скоростью введения и регулировать ее вручную, опуская или поднимая колбу.

- Во время введения питания человек не должен испытывать никаких болезненных или дискомфортных ощущений, в случае их появления необходимо прекратить введение до выяснения причины. Также следует прервать введение во время кашля.

- Старайтесь не перегибать трубку во время питания.

- После введения всего необходимого объема закройте зажим, отсоедините пустой шприц.

- Подсоедините шприц с питьевой водой необходимого объема для промывки. Откройте зажим. Промойте ГСТ при помощи быстрых пульсирующих нажатий (техника start-stop) — это способствует лучшему очищению просвета ГСТ.

- После введения всей воды закройте зажим, отсоедините шприц, закройте крышку трубки. У низкопрофильной ГСТ отсоединяется удлинитель («хвост») и закрывается заглушка на трубке. Далее, сам удлинитель нужно промыть с мылом под проточной водой.

- Нужно оставаться в положении сидя или полусидя около 30 минут после приема пищи.
- Убедитесь, что кожа вокруг стомы сухая и чистая. Если есть загрязнение или влага, необходимо очистить участок кожи и просушить.
- Видимую часть трубки тоже важно держать чистой и после кормления протирать салфеткой.
- Снимите перчатки, если надевали. Вымойте и осушите руки.

Важно не забывать учитывать объем воды, вводимой для промывки до и после кормления, в общем объеме суточного потребления жидкости.

4.3.2. Кормление через энтеромат

Алгоритм питания через энтеромат

Подготовка к процедуре.

- Перед началом процедуры убедитесь, что все необходимые материалы и оборудование под рукой. Это включает в себя энтеральную пищевую смесь или адаптированную обычную пищу, энтеромат, шприц большого объема, систему для питания, салфетки, питьевую воду, медицинские перчатки (при необходимости) и чистые руки.
- Проверьте соответствие пищевой смеси или жидкости, которую вы собираетесь ввести, рекомендациям врача или диетолога, а также потребностям пациента. Проверьте ее внешний вид, срок годности и температуру.

Подготовка пациента.

Подопечный должен находиться в удобном положении — сидя или полусидя. Объясните, что будет происходить во время процедуры; убедитесь, что он чувствует себя комфортно, подготовлен и получите его согласие, если это возможно.

Проведение процедуры:

- Обработайте руки гигиеническим способом и наденьте перчатки.
- Убедитесь в правильности положения ГСТ.
- Введите в питательную трубку немного питьевой воды, чтобы убедиться в ее проходимости и смочить внутренние стенки трубки.
- Заполните систему для питания питательной смесью, перекройте ее просвет при помощи колесика и подсоедините ее к ГСТ.
- У низкопрофильных ГСТ все эти манипуляции проводятся через удлинитель-переходник.
- Включите энтеромат и, согласно его инструкции и конструкции, пропустите через него систему для питания.
- Откройте зажим-колесико на системе.
- Настройте энтеромат по необходимым параметрам и начните питание.

После окончания процедуры:

- Отсоедините систему для питания от ГСТ и промойте просвет ГСТ питьевой водой, закройте крышкой.
- Проверьте чистоту и сухость кожных покровов в области ГСТ, при необходимости проведите гигиенические мероприятия.
- Выключите энтеромат и отсоедините от него систему для питания.
- Тщательно промойте все использованные инструменты и оборудование, чтобы предотвратить развитие инфекции или осложнений.

Важно выполнять процедуру в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача, чтобы обеспечить безопасность и эффективность питания через энтеромат.

4.4. Прием лекарственных препаратов через гастростому

Лекарственные препараты можно вводить через ГСТ, по возможности лучше принимать лекарства в жидкой форме — сиропы или суспензии. Если такой возможности нет, то необходимо растолочь таблетки, смешать с теплой питьевой водой и ввести в трубку при помощи шприца.

Для измельчения таблеток можно использовать подручные средства — ступку или специальный измельчитель для таблеток (продается в аптеке). Эти изделия важно тщательно мыть после каждого использования и высушивать перед последующим применением.

Важно учитывать, что некоторые капсулы и таблетки нельзя измельчать в связи с тем, что их оболочка несет защитную функцию от агрессивной среды желудка и само всасывание препарата должно происходить в кишечнике. Поэтому важно всегда уточнять у врача, назначившего препарат, о возможности его введения через ГСТ.

Таблетки, имеющие риск для деления, как правило, измельчать можно.

Необходимо исключить контакт лекарственных средств с питательными смесями в полости трубки. Связано это с тем, что некоторые лекарственные препараты вступают в реакцию с белками пищи и образуют соединения, которые могут закупорить просвет трубки. Поэтому лекарства следует вводить только с водой.

ГСТ необходимо промывать водой до и после каждого введения лекарств. До — чтобы проверить проходимость и смочить внутренние стенки трубки. После — чтобы убедиться, что вся необходимая дозировка попала в желудок, и для промывки.

Не стоит сразу после введения лекарств вводить в желудок кофе, чай, соки, молоко и газированные напитки. Эти жидкости могут активно взаимодействовать с некоторыми лекарствами, что может ослабить или, наоборот, усилить их эффект.

Недопустимо смешивать несколько разных препаратов в одном введении. Если нужно ввести несколько лекарств в одно время, то вводить их следует поочередно, между введениями промывая трубку питьевой водой.

4.5. Осложнения питания и их профилактика

Возможные осложнения питания:

- Диарея.
- Запоры.
- Застой желудочного содержимого.
- Аспирация.
- Закупорка питательной трубки.
- Метаболические нарушения (например, гипергликемия).

4.5.1. Диарея

Причины диареи могут быть различными.

Но есть нюансы, связанные с зондовым ЭП, которые могут вызвать столь неприятные явления:

1) введение сипингового (перорального) ЭП через гастростому нежелательно.

Смеси для перорального приема (пероральная нутриционная поддержка) потребляются через рот — маленькими глотками (методом сипинга), можно при помощи трубочки или ложки, и они не предназначены для зондового питания (разновидностью которого, напомним, является гастростома). Поэтому, особенно при болюсном введении, может быть такая реакция;

2) диарея также может быть реакцией на зондовое ЭП, несмотря на то что оно предназначено для введения в гастростому.

Поэтому вводить в рацион любую новую смесь необходимо постепенно, давая ЖКТ возможность адаптироваться. Начинать с малых доз и постепенно под контролем самочувствия увеличивать до необходимых объемов.

Особенно это касается гиперкалорических смесей.

При реакции на стандартную смесь можно перейти на смеси, в которых содержатся предварительно расщепленные питательные вещества (гидролизированный белок).

Что касается питания обычной адаптированной пищей во время диареи, то тут рекомендации те же, что и при питании через рот. Еда должна быть нейтральной и успокаивать раздраженную слизистую оболочку кишечника (рис, овсянка, бананы, печеный картофель, слизистые супы и каши, нежирные сорта мяса).

Если применяются лекарственные препараты для лечения диареи, то лучше отдать предпочтение жидким формам (суспензия, сироп).

Важно помнить, что с диареей организм теряет жидкость, поэтому следует ее восполнять (за счет чистой питьевой воды, несладких компотов, киселей и отваров).

Для профилактики диареи в том числе важно для промывки всегда использовать только питьевую воду, следить за качеством питательной смеси, сроками годности и режимом хранения.

4.5.2. Профилактика запоров

- Обеспечить потребление достаточного количества жидкости — 30 мл/кг массы тела в сутки.
- Увеличить содержание в рационе пищевых волокон:
 - за счет блюд из овощей и фруктов (цветная капуста, брокколи, морковь, свекла, тыква, кабачки, чернослив, курага, яблоки, ягоды);
 - можно использовать фруктовое пюре для детей;
 - необходимо включать растительные продукты в каждый прием пищи.
- Обогащать рацион растительными маслами (оливковое, льняное и т.д.).
- Использовать специальные питательные смеси с пищевыми волокнами.
- Ограничить потребление соли.
- Использовать комплексные пробиотики.
- При отсутствии стула в течение 2 дней использовать медицинские препараты (свечи, капли, сиропы).

В случае возникновения запора свыше 3 дней необходимо обратиться за медицинской помощью!

4.5.3. Застой желудочного содержимого

В этом случае важно четко соблюдать план питания и оценивать наличие застоя перед кормлением (методом аспирации) для понимания объема усвоенной пищи.

При наличии застоя следует сообщить об этом лечащему врачу для дальнейшей коррекции плана питания.

Если есть рекомендации по присоединению дренажного мешка:

- дренажный мешок должен располагаться ниже дренируемой полости (уровня желудка);
- не допускать, чтобы мешок свободно висел, так как это может привести к натянутому положению ГСТ. Можно подвязывать мешок при помощи специальных лент;
- необходимо следить, чтобы не было перегибов в области ГСТ и дренажного мешка.

4.5.4. Аспирация

Аспирация — это заброс содержимого желудка в дыхательные пути.

Для профилактики аспирации необходимо:

- четко соблюдать план питания;
- не перекармливать;
- оценивать наличие застоя;
- кормление проводить только в положении сидя и полчаса после приема пищи нужно оставаться в этом положении;
- при комбинации с питанием через рот есть пищу необходимо медленно, хорошо пережевывая, маленькими кусочками, пользоваться адаптивной посудой и техникой «безопасного глотка». Не отвлекаться и не разговаривать во время приема пищи;
- если во время питания через рот появляются признаки дисфагии (например, поперхивания), необходимо адаптировать пищу до оптимальной консистенции, которая не вызывает таких проблем, либо перейти на питание только через гастростому.

4.5.5. Нарушения проходимости гастростомической трубки

К таким нарушениям относится частичная или полная закупорка ГСТ.

Первое и главное в данном случае — это не волноваться и не переживать. Сложившаяся ситуация не принесет какого-либо вреда человеку.

Необходимо предпринять следующие меры:

- Попытаться промыть трубку теплой питьевой водой в объеме 100–150 мл.
- В случае отсутствия результата нужно подсоединить к трубке шприц, наполовину заполненный теплой водой, и аккуратно поработать поршнем, потянув его на себя, а затем нажимая на него (без чрезмерного давления).
- Если вышеприведенные способы не дали результата, ввести 1 таблетку панкреатина (развести в воде и ввести в трубку на 30 минут). Далее проверить проходимость.
- Хорошую эффективность оказывает такой не самый официальный способ, как введение в трубку газированной воды «Кока-Кола» (экспозиция 15–20 минут). Также эффективно введение свежевыжатого ананасового сока.

• Нельзя вводить в просвет трубки инородные предметы с целью устранения засора. Это может не только привести к нарушению целостности трубки, но и травмировать ткани человека.

Как правило, вышеперечисленные меры достаточно эффективно и быстро помогают справиться с непроходимостью ГСТ.

Если проходимость восстановить не удалось, то не стоит ждать, следует обратиться за медицинской помощью — провести ультразвуковое или рентгеновское исследование для установления местоположения трубки и определения дальнейшей тактики.

Для профилактики закупорки необходимо:

- всегда промывать ГСТ водой до и после кормления;
- у низкопрофильных ГСТ важно не забывать после кормления промывать не только переходник, но и саму трубку;
- необходимо хорошо адаптировать обычную пищу, чтобы она была гомогенной и достаточно жидкой;
- не смешивать лекарственные препараты с пищей в одном шприце, даже если лекарство нужно принимать во время еды.

5. Осложнения и их профилактика

5.1. Воспаление кожных покровов

Воспаление может возникнуть в результате бактериальной или грибковой инфекции. От этого зависит специфика лечения.

Среди признаков инфицирования гастростомы можно отметить:

- покраснения и изменения цвета кожных покровов в области гастростомы;
- болезненные ощущения;
- зуд;
- отек;
- местное и общее повышение температуры тела;
- сухость, раздраженность кожных покровов;
- отделяемое из канала гастростомы, особенно гнойное и с неприятным запахом;
- сыпь, прыщи и т.д. (фото 15)

При поверхностной инфекции назначается наружный препарат с антибиотиками бактерицидного действия. При необходимости добавляется противогрибковое наружное средство.

Перед нанесением мази следует хорошо очистить стому при помощи неспиртового антисептика, дать ему полностью высохнуть и только после этого наносить мазь.

Не рекомендуется накладывать повязки, лучше оставить гастростому «дышащей».

При глубокой инфекции назначаются системные антибиотики и противогрибковые препараты для приема внутрь.



Фото 15. Воспаление кожных покровов в области гастростомы

5.2. Пролежни в канале гастростомы

Пролежни образуются в местах повышенного давления, где нарушается трофика тканей.

У людей с гастростомой- это место между наружным фиксатором и поверхностью кожных покровов (фото 16).

Симптомы:

- Отек.
- Отпечаток-вмятина на кожных покровах от фиксатора или кнопки.

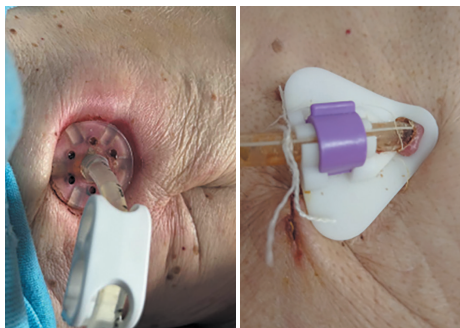


Фото 16. Пролежни

- Боль при обработке кожи вокруг гастростомы.
- Покраснение кожных покровов в этой области.

Первое и самое важное, что нужно сделать,— отрегулировать наружный фиксатор на оптимальном расстоянии от поверхности кожи.

У низкопрофильных ГСТ проблемная зона — это место, где тело гастростомы («пуговка») прилегает к поверхности кожи.

Сложность заключается в том, что длину такой трубки отрегулировать невозможно. В этом случае ее необходимо как можно быстрее заменить либо на низкопрофильную ГСТ большей длины, либо на «хвостатую» трубку того же размера во френчах.

У бамперных ГСТ чрезмерно тугая фиксация вдвойне опасна: она повышает риск бампер-синдрома.

5.3. Бампер-синдром

При слишком плотном прилегании бампера (внутрижелудочный фиксатор бамперной ГСТ) к стенке желудка происходит нарастание слизистой оболочки внутренней стенки желудка на внутренний фиксатор, вплоть до полного перекрытия просвета трубки и погружения бампера в стенку желудка.

Это очень грозное осложнение, и его разрешение требует госпитализации.

Симптомы: нарушение проходимости трубки (полное или частичное), болезненные ощущения, уплотнения в области гастростомы.

Возникнуть бампер-синдром может в результате недостатка или некачественного ухода. Например, при изменении массы тела человека, когда канал гастростомы удлиняется за счет увеличения подкожно-жировой клетчатки, а наружный фиксатор вовремя не сдвигается.

Поэтому важно следить, чтобы наружный фиксатор находился на оптимальном расстоянии от поверхности кожи.

Также такое бывает, когда ГСТ длительное время находится в натянутом состоянии, например, подвязывается к шее.

Профилактика бампер-синдрома:

- Ежедневно прокручивать ГСТ вокруг своей оси.
- Следить за расстоянием от поверхности кожи до наружного фиксатора.
- Не допускать, чтобы трубка находилась в натянутом положении.

5.4. Подтекания из канала гастростомы (фото 17)

В случае возникновения подтекания из канала гастростомы необходимо:

- проверить крепление, глубину размещения и целостность ГСТ;
- у баллонных ГСТ оценить состояние баллона — возможно, баллон давно не проверяли или не обслуживали вовсе. Это приводит к его сдуванию и, как следствие, к подтеканиям;
- оценить, нет ли застоя содержимого желудка.

Подтекания чаще возникают в первые 3–4 недели после установки гастростомы, пока формируется кожный канал, и являются вариантом нормы. Как правило, достаточно обычного гигиенического ухода.

Выберите оптимальное положение пациента при кормлении, чтобы уменьшить давление на желудок при поступлении пищи. Следует исключить давление на желудок извне, например из-за запора. Вводить смесь следует медленно, при необходимости можно перейти на капельное введение.



Фото 17. Подтекания из канала гастростомы

На ранних этапах введения питания подтекания могут быть связаны с тем, что человека просто перекармливают. В этом случае нужно пересмотреть план питания: увеличить кратность приемов пищи и уменьшить разовый объем порции, перейти на более калорийное питание. Это даст возможность уменьшить объемы либо попробовать интервальное или постоянное питание (капельное или при помощи интеромата).

Подтекание может возникнуть вследствие инфицирования гастростомы и образования грануляции. Тогда нужно лечить первопричину.

В результате постоянных или периодических подтеканий на кожных покровах в области гастростомы может появиться мацерация — это связано с агрессивным действием желудочного содержимого при контакте с кожными покровами. Поэтому важно сразу убирать все отделяемое.

Для защиты кожных покровов можно использовать барьерные кремы и мази с оксидом цинка.

5.5. Грануляция

В результате микротравм или других дефектов стенки канала гастростомы, вызванных, например, чрезмерным давлением или случайным повреждением, начинается процесс заживления. Естественным этапом этого процесса является образование грануляционной ткани (молодая соединительная ткань). Разрастание данной ткани меняет конфигурацию канала, что приводит к образованию зазоров между трубкой и стенкой канала, а дальше, как снежный ком, нарастают симптомы и осложнения (фото 18).

Симптомы грануляции:

- розово-красный неоднородный кант;
- слизистое отделяемое;
- небольшая кровоточивость;
- подтекания содержимого желудка;
- боли.

Лечение грануляции возможно только с применением местных стероидных или комбинированных гормональных препаратов, лечение ее другими препаратами (левомиколь, йодопирон и т.д.), как правило, бессмысленно и неэффективно.

Лечение заключается в обработке бесспиртовым антисептиком, а после его полного высыхания — нанесении комбинированной гормональной мази, назначенной врачом (фото 19).

Обработка, как правило, осуществляется 3 раза в день.

Важно соблюсти полный курс лечения грануляции (обычно он составляет 10–14 дней). Не стоит прекращать лечение сразу после исчезновения неприятных симптомов. Они могут исчезнуть достаточно быстро, но прекращение лечения может привести к их возвращению из-за того, что грануляция не была залечена до конца.

Нельзя заклеивать гастростому и накладывать повязки: это, как правило, снижает результат лечения и существенно замедляет процесс заживления.

Профилактика грануляции:

• Ежедневно прокручивать ГСТ на 360 градусов.

• Следить, чтобы расстояние от наружного фиксатора до поверхности кожных покровов было 2–5 мм.

• Не использовать окклюзионные повязки поверх гастростомы.

Не использовать перекись водорода для обработки кожных покровов в области гастростомы.

5.6. Нарушение целостности гастростомической трубки

Это может быть связано с превышением срока эксплуатации, а также со случайной травмой трубки или ее клапанов.

• При использовании ножниц и других острых предметов во время обработки гастростомы, особенно в послеоперационном периоде, когда есть повязка и происходит ее смена, можно случайно повредить трубку (надрезать ее или даже срезать полностью). Следует быть крайне аккуратными и использовать ножницы с закругленными концами.

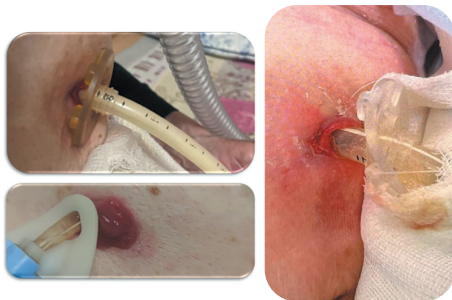


Фото 18. Грануляция в канале гастростомы

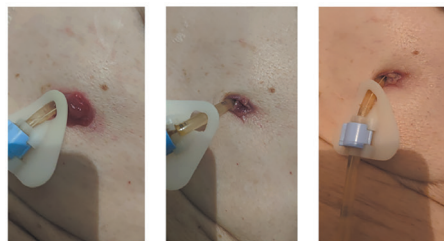


Фото 19. Лечение грануляции

- Дисфункция манжеты баллона у баллонных ГСТ. Манжета может лопнуть из-за того, что ее перераздули. Поэтому важно четко соблюдать рекомендованные объемы и следить, чтобы манжета сдувалась до конца при смене жидкости в баллоне. Манжета может лопнуть или клапан прийти в негодность из-за того, что была попытка ввести питание в порт баллона (особенно у низкопрофильных ГСТ). Помимо этого, порт баллона может прийти в негодность, если наполнять баллон физиологическим раствором: кристаллы соли забивают порт и выводят его из строя.

- Антирефлюксный клапан низкопрофильных ГСТ может также выйти из строя, если пытаться прокрутить переходник после ощущения сопротивления, либо грубо с ним обращаться, пытаясь извлечь не провернув, либо из-за непрерывного использования переходника, поэтому важно промывать переходник и отсоединять его после каждого кормления.

- К повреждению трубки может привести использование острых и твердых предметов в качестве проводников при закупорке трубки.

5.7. Выпадение гастростомической трубки

Края стомы могут быстро сомкнуться. В зависимости от индивидуальных особенностей организма, гастростома может закрыться полностью уже через несколько часов.

Поэтому, по возможности, в первую очередь необходимо сохранить просвет гастростомы.

Если ГСТ баллонная, то для начала нужно проверить целостность баллона: возможно, он просто сдулся из-за того, что его давно не заполняли. Если манжета цела, нужно вставить старую трубку, раздуть манжету и понаблюдать за трубкой.

Если баллон исправен, но есть запасная трубка, то нужно вставить ее.

Если новой ГСТ нет, то необходимо вставить старую и закрепить ее пластырем во избежание дислокации.

Возможно временно установить в просвет канала гастростомы катетер Фолея или аспирационный катетер, если они есть.

С бамперной ГСТ можно снять адаптер и вставить ее другой стороной.

Затем срочно обратиться за экстренной медицинской помощью!

6. Психологическая поддержка

6.1. Поддержка пациента и его семьи

Поддержка человека с гастростомой и его семьи — это важный аспект успешной адаптации к новым условиям жизни.

Установка гастростомы может вызвать широкий ряд различных эмоций. Важно понимать, что все они нормальны.

- *Шок и отрицание.*

После операции многие люди испытывают шок и трудности с принятием новой реальности. Это может проявляться в отрицании необходимости гастростомы или в страхе перед будущим.

- *Грусть и депрессия.*

Установка гастростомы может вызвать чувство потери, особенно если человеку пришлось отказаться от привычного образа жизни. Грусть и депрессия — это нормальные реакции, но они могут потребовать профессиональной помощи.

- *Тревога и страх.*

Беспокойство о том, как изменится жизнь после операции, о возможных осложнениях или о том, как окружающие воспримут изменения, также является распространенной реакцией.

6.2. Рекомендации по адаптации к жизни с гастростомой

Как справиться с изменениями:

- Принятие своего нового тела — это важный шаг. Постарайтесь сосредоточиться на том, что ваше тело выполняет важные функции, а гастростома помогает ему в этом.

- Узнайте больше о своей ситуации и уходе за гастростомой. Чем больше вы знаете, тем увереннее будете себя чувствовать. Это также поможет развеять мифы и страхи.

- Практикуйте позитивное мышление и самопринятие. Замените негативные мысли о своем теле на положительные утверждения о своих достижениях и сильных сторонах.

- Рассмотрите возможность работы с психологом или другим специалистом по поддержке, например доулой. Это может помочь вам прожить изменения и адаптироваться к новой жизни.

- Делитесь своими чувствами и переживаниями с близкими людьми. Открытое общение помогает укрепить отношения и позволяет окружающим лучше понять вашу ситуацию.

- Расскажите своим близким, что такое гастростома и как она влияет на вашу жизнь, — это поможет им стать более чуткими к вашим потребностям.

- Присоединение к группам поддержки и общения для людей с гастростомой может быть очень полезным. Общение с теми, кто прошел аналогичный путь, может дать вам чувство принадлежности и понимания, а также быть отличным источником информации и поддержки.

Как говорить о гастростоме с окружающими?

Открытость и честность.

Если вы чувствуете себя комфортно, делитесь своей историей с близкими. Это может помочь развеять мифы и стереотипы о гастростоме и улучшить понимание вашей ситуации.

Объяснение, что такое гастростома, может помочь людям меньше бояться этого: зачастую людей пугает именно неизвестность.

Преодоление стереотипов.

Помните, что многие люди могут не знать о гастростомах и их влиянии на жизнь. Образование и открытое общение изменит их восприятие ситуации.

Психологическая поддержка.

Если вы испытываете трудности в общении с окружающими или чувствуете себя изолированным, работа с психологом поможет вам.



Фото 20. Питание через гастростому в кафе

Важно понимать, что наличие гастростомы не мешает активной социальной жизни. Правильный уход и соблюдение рекомендаций помогут вам вести полноценную жизнь, минимизируя риск осложнений и обеспечивая комфорт (фото 20).

При желании можно вообще не афишировать наличие гастростомы, ведь ее не видно под одеждой. С гастростомой можно свободно передвигаться, работать, купаться, а также вести привычную интимную жизнь.

7. Часто задаваемые вопросы

Почему для длительного зондового питания гастростома предпочтительнее, чем НГЗ?

Переносить гастростому легче, чем длительно стоящий НГЗ, так как он доставляет больше психического и физического дискомфорта, легче дислоцируется и требует более частой переустановки.

НГЗ может травмировать слизистую и вызывать эрозивно-язвенные изменения, а также головные боли и отиты.

Гастростома более эстетична: ее не видно под одеждой.

У людей с респираторной поддержкой гастростома не мешает плотному прилеганию маски в отличие от зонда.

Установка гастростомы — это операция?

Да, гастростома — это операция, и она требует госпитализации.

Но современные методики малоинвазивные, длятся 15–20 минут, у взрослых проводятся под местной анестезией, у детей под наркозом. Существенно не влияют на общее самочувствие и нахождение в стационаре в среднем длится 3 дня.

Какой должен быть наружный конец бамперной ГСТ?

Оптимальная длина свободного «хвоста» бамперной ГСТ 25–30 см.

Если после операции вам оставили более длинный конец, можно снять адаптер и обрезать трубку на оптимальную длину, потом вернуть адаптер на место.

Почему не нужно пришивать наружный фиксатор к кожным покровам?

Если после операции вы обнаружили, что наружное фиксирующее устройство вашей ГСТ пришито к коже, то нужно незамедлительно обратиться за медицинской помощью и снять швы.

Во-первых, в дополнительной фиксации нет необходимости: трубка не выпадет, ведь внутри есть внутрижелудочный фиксатор.

Во-вторых, это препятствует свободной ротации трубки в канале гастростомы, что приведет к осложнениям.

Какое должно быть расстояние от наружного фиксатора до поверхности кожи?

2–5 мм.

Когда можно начинать прокручивать трубку?

Если установлена бамперная ГСТ, ее нужно начинать прокручивать уже через пару дней после операции.

Если баллонная — после отделения всех якорных фиксаторов (в среднем через 3 недели после операции).

Как часто нужно прокручивать трубку?

1 раз в день на полный оборот по часовой стрелке.

Как долго нужно прокручивать трубку?

Всегда, это должно стать ежедневным ритуалом.

А повязкой гастростоме тоже всегда нужно закрывать?

Повязка используется только в послеоперационном периоде. Дальнейшее использование повязки может привести к осложнениям.

Можно ли мочить гастростому?

Воздерживаться от контакта с водой следует только в первые 7 дней после операции.

Через 1 неделю после операции можно принимать душ, а через 1 месяц с гастростомой можно погружаться в воду полностью.

Можно ли купаться и плавать с гастростомой?

Через 1 месяц после операции при условии отсутствия осложнений и других ограничений с гастростомой можно купаться и плавать (в ванне, бассейне, море, океане).

Если вы не хотите афишировать ее наличие, подберите закрытый купальник.

Можно ли путешествовать, летать на самолете с гастростомой?

Да, гастростома никак не мешает привычному образу жизни.

Важно только продумать наличие адаптированной пищи, воды, необходимых расходных материалов.

Если у вас установлена баллонная ГСТ, желательно взять с собой запасную того же размера на случай чрезвычайного происшествия.

Можно ли с гастростомой заниматься сексом?

Да, если на то нет других противопоказаний.

Но следует ограничить нагрузки, способные вызвать повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде (первые 2–3 недели после операции).

Можно ли с гастростомой беременеть?

Наличие гастростомы не является противопоказанием для зачатия и вынашивания беременности, если нет других ограничений и противопоказаний.

Что можно есть через гастростому?

Все то же самое, что и через рот, только адаптированное до однородной консистенции жидкой сметаны.

Можно использовать специальное энтеральное зондовое питание как в сухой форме (для разведения), так и в жидкой.

Можно ли через гастростому употреблять алкоголь?

ГСТ пригодна для введения любых жидкостей, которые можно употреблять через рот, но чрезмерное употребление алкоголя может вредить вашему здоровью и угнетать дыхание.

Можно ли есть через гастростому лежа на боку?

Есть через гастростому безопасно можно только в положении сидя или полусидя.

В этом же положении нужно оставаться еще полчаса после еды, иначе возникает высокий риск заброса содержимого желудка в пищевод и попадания его в дыхательные пути. Это может привести к пневмонии.

Нужно ли надевать перчатки, чтобы кормить через гастростому?

Если вы не медицинский работник, то такой необходимости нет, но предварительное тщательное мытье рук обязательно.

Руки нужно мыть не только тому, кто кормит, но и тому, кто ест.

Сколько шприцев нужно для кормления?

Оптимально иметь два шприца большого объема — один для еды, второй для воды.

Как часто нужно менять шприцы и как их мыть?

К шприцам нужно относиться как к посуде — мыть привычным средством для мытья посуды в разобранном виде с последующим высушиванием.

Меняются они по мере необходимости.

Что лучше — обычная еда или специальное ЭП?

Можно осуществлять зондовое питание при помощи натуральных пищевых продуктов. Однако они могут требовать специальной подготовки, такой как измельчение или разбавление, чтобы обеспечить безопасное и эффективное поступление питательных веществ в организм.

Приготовление и последующая адаптация обычной пищи занимают много времени и сил.

Помимо этого, сбалансировать обычную адаптированную пищу по калориям и необходимому количеству питательных веществ достаточно сложно.

Поэтому кажущаяся недостатком высокая цена на специальные смеси, при детальном рассмотрении затрат (в том числе и временных), в итоге оказывается не такой значительной.

Необходимо учитывать все плюсы и минусы для принятия решения о том, как и чем кормить. Нужно исходить из конкретной ситуации, по возможности учитывая пожелания самого человека.

Можно ли есть через рот, если стоит гастростома?

Гастростома никак не препятствует питанию через рот, если оно возможно и безопасно.

Поэтому эти два способа можно комбинировать в любой пропорции.

Какой водой и как часто нужно промывать ГСТ?

ГСТ нужно всегда промывать до и после введения пищи и лекарств.

Вода не обязательно должна быть кипяченой, можно использовать привычную питьевую воду.

Не стоит вводить воду, не пригодную для питья.

Зачем промывать ГСТ до введения пищи?

Во-первых, это помогает проверить проходимость трубки.

Во-вторых, смачиваются внутренние стенки трубки, и это способствует более легкому последующему прохождению пищи и очищению ГСТ.

Почему нельзя смешивать лекарства с едой, даже если их нужно принимать во время еды, в желудке же все равно все перемешивается?

Некоторые лекарственные препараты могут вступать в реакции с белками пищи и образовывать плотные соединения, которые могут закупорить просвет трубки и нарушить ее проходимость.

Поэтому важно не допускать контакта пищи и лекарств между собой в полости трубки.

Нужно ли менять ГСТ?

Да, как и у любого другого медицинского изделия, у ГСТ есть рекомендованные сроки эксплуатации и, соответственно, плановой замены:

- бамперная ГСТ — замена через 1–1,5 года;
- баллонная ГСТ — замена каждые 4–6 месяцев.

Можно ли поменять бамперную ГСТ на баллонную?

Да, после того как канал гастростомы полностью сформировался, бамперную ГСТ можно поменять на баллонную в условиях стационара.

Баллонную ГСТ тоже меняют только в больнице?

Нет, замена баллонной ГСТ возможна в домашних условиях, это не сложная манипуляция.

Как часто менять жидкость в баллоне баллонной ГСТ?

1 раз в 1–2 недели, по мере уменьшения количества жидкости в баллоне.

Первое обслуживание баллона после операции — по отделению всех якорных фиксаторов, в среднем через 3 недели.

Баллон заполняется только стерильной водой.

Можно ли заполнить баллон физиологическим раствором или воздухом, если нет стерильной воды?

Нельзя заполнять баллон физиологическим раствором, так как со временем он может кристаллизироваться и повредить мембрану баллона, это приведет к его раннему выходу из строя. Также он может забить порт баллона.

Воздухом заполнять баллон также не рекомендуется: мембрана стенки баллона очень проницаема для воздуха, и это приведет к раннему сдутию баллона, что может, в свою очередь, привести к выпадению трубки.

Допустимо использовать охлажденную кипяченую воду.

Зачем чистить зубы, если питание полностью через гастростому?

Даже если человек совсем не принимает ничего через рот, ежедневный уход за полостью рта необходим минимум 2 раза в день. Он включает обычные гигиенические процедуры и чистку зубов.

Это важно, иначе в ротовой полости увеличивается количество бактерий, и они могут вызвать осложнения не только в ротовой полости, но и в нижерасположенных отделах ЖКТ, а также в дыхательных путях.

Гастростома — это навсегда?

Гастростома — это обратимое явление, если она больше не нужна, то из канала удаляют ГСТ и искусственно созданное отверстие в желудке закрывается.

Люди могут подвергаться этой процедуре по различным причинам, включая восстановление здоровья, изменение методов лечения или из-за улучшения состояния.

Как ухаживать за катетером Фолея, если он стоит в канале гастростомы?

Никак.

Если в канале гастростомы стоит не ГСТ, изделие нужно как можно скорее извлечь и установить на его место баллонную ГСТ.

Для правильного формирования канала гастростомы и ее полного заживления крайне важно и необходимо, чтобы в канал гастростомы была установлена именно ГСТ.

8. Терминологический словарь

Атрофия мышц — процесс, развивающийся постепенно и приводящий к уменьшению в объеме мышц, истончению их волокон вплоть до полного исчезновения.

Гастростома — искусственное отверстие, которое соединяет переднюю брюшную стенку и полость желудка.

Гастростомическая трубка — медицинское изделие, которое устанавливается в канал гастростомы.

Гастростомия — операция, при которой на передней брюшной стенке формируется искусственный вход в полость желудка.

Дисфагия — нарушение акта глотания.

Зондовое питание — метод введения питательных смесей через зонд непосредственно в желудок или кишечник, минуя ротовую полость.

Назогастральный зонд — это специальное медицинское изделие (полая трубка), которое устанавливается через нос в желудок для введения питательных смесей, лекарственных препаратов и жидкостей.

Паралич — полное отсутствие произвольных движений мышц.

Прямая пункционная гастростомия — метод эндоскопической или рентгенологической гастростомии, в ходе которого в канал гастростомы устанавливается баллонная гастростомическая трубка.

Рентгенологическая гастростомия — метод гастростомии под рентгенологическим контролем с применением рентгеноконтрастного вещества.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия — метод эндоскопической гастростомии, в ходе которого в канал гастростомы устанавливают бамперную гастростомическую трубку.

Энтеральное питание — специальные сбалансированные питательные смеси.

Энтеромат — специальный прибор для подачи зондового питания с заданной скоростью.

9. Полезные ресурсы

Публикации

1. Козлова А. С. Назогастральный зонд vs гастростома. Сравнительный анализ, плюсы и минусы. Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2025; 2 (27): 28-31.
2. Козлова А. С. Гастростома: всё, что нужно знать об установке и уходе после операции. Медицинская сестра, 2025; (4): 19–24.
3. Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений/Под ред. канд. мед. наук, доцента Н. Н. Саввы. М.: Издательство «Прспект», 2017.— 28 с., илл.
4. Брошюра «Жизнь котёнка с гастростомой». ЧУЗ «Елизаветинский детский хоспис».

Клинические рекомендации

«Недостаточность питания: нутритивная поддержка и регидратационная терапия у взрослых паллиативных пациентов».



Сайт «Про Паллиатив»

1. Врачи предлагают поставить ребенку гастростому, а я боюсь.
2. Гастростомические питательные трубки: развенчивая мифы.
3. Установка гастростомы пациентам с БАС: взгляд невролога.
4. Кормление через гастростому. В помощь родителям.



RUTUBE: Канал Ассоциации хосписной помощи

Доклад «Уход за гастростомой» на X Ежегодной конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» - Козлова А.С. (Rutub канал Ассоциации хосписной помощи).



VK Видео

Гастростомы — практические рекомендации и уход, разбор осложнений из практики медицинской сестры.



Библиотека фонда «Детский паллиатив»





АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ
pro-hospice.ru

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Некоммерческая организация, объединяющая экспертов, пациентов и их родственников, а также медицинские, благотворительные и пациентские сообщества с целью повышения компетенций специалистов по вопросам оказания паллиативной помощи и улучшения качества жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной и хосписной помощи (pro-hospice.ru). Мы открыты для всех, кто разделяет наши цели, задачи и принципы.

- Ассоциация хосписной помощи выступает организатором, участником, информационным партнером наиболее значимых событий в области паллиативной медицины и хосписной помощи в России.
- Образовательные мероприятия Ассоциации входят в перечень научно-практических мероприятий Минздрава России. Наши мероприятия – это возможность стать слушателем лекций, участником мастер-классов ведущих экспертов России и зарубежья по вопросам оказания паллиативной помощи, вопросам обезболивания, ухода за тяжелобольным пациентом.
- За время работы Ассоциации мы провели более 80 крупных мероприятий: образовательные паллиативные медицинские форумы в федеральных округах и ежегодные конференции с международным участием. В них приняло участие более 20 тысяч человек.

Найти более подробную информацию о мероприятиях Ассоциации хосписной помощи, а также подписаться на новостную рассылку, вы можете на сайте pro-hospice.ru.

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи
Hospice Care Professionals Association



Адрес: ул. Ефремова, д.13 (м. Фрунзенская)
Сайт: pro-hospice.ru
Телефоны: +7 (495) 545-58-95, +7 (906) 705-37-48
Электронная почта: info@pro-hospice.ru



Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.
Заказ № 02676-25. Тираж 2000 экз.

MIC-KEY*

САМАЯ НАДЕЖНАЯ ГАСТРОСТОМИЧЕСКАЯ ПИТАТЕЛЬНАЯ ТРУБКА

- Конический дистальный кончик, соответствующий размеру трубки

Интерактивное учебное пособие для медицинских работников и пациентов:

<https://avanos.com/>

- «Утопленный» атравматический кончик
 - > Предотвращает раздражение противоположной стенки желудка

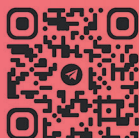
- Устанавливается на уровне кожи
 - > Малоаметна и предоставляет большую свободу действий¹

- Рентгеноконтрастная полоса
 - > Обеспечивает четкую рентгеноскопическую визуализацию во время первичной установки

- Высоконадежный анти-рефлюксный клапан
 - > Предотвращает обратный ток содержимого желудка

AVANOS

Исчерпывающая информация о кормлении через гастростомическую трубку: www.tubefed.com



приглашаем
в нашу группу
в telegram



арт-эко

дистрибьютор медицинского
оборудования и аксессуаров

Официальный дистрибьютор
медицинского оборудования и аксессуаров
ООО «АРТ-ЭКО» - уполномоченный
представитель производителя на территории РФ
123001, Москва г., Россия, Ермолаевский пер.,
дом 25, офис 201А. м. Маяковская
Тел.: +7 499 968 01 50; +7 499 968 01 51

info@aecmos.com

www.art-eco.pro

*Зарегистрированный товарный знак или товарный
знак корпорации Avanos Medical, Inc. или ее подразделений.
© 2019 AVNS. Все права защищены. HC112-02-RU