

шивают. Следует не допускать вытекания желудочного содержимого после извлечения трубки или, при ее постоянном нахождении в желудке, мимо нее. Для этого важно в течение 40-60 минут не вставать после введения пищи и не производить резких движений.

При паравульварном дерматите из-за воздействия пищеварительными соками, проявляющимся припухлостью и покраснением на поверхность кожи наносят защитные средства (цинковую пасту Ласара), присыпают тальком и др.). После каждого кормления полезно обмывать кожу и зонд содовым раствором воды.

Энтеростома – свищ, наложенный на тонкий кишечник, служит для питательных целей или для декомпрессии кишечника при неустранимой непроходимости или отсутствии условий для восстановления целостности. В ряде случаев тонкокишечный свищ может сформироваться спонтанно в результате воспалительного или онкологического процесса в брюшной полости.

Нужно иметь в виду, чем выше уровень свища в тонкой кишке, тем больше возникают потери жидкости и питательных веществ (вместе с желудочным, панкреатическим и желчным соками), и тем более настойчивее нужно проводить мероприятия по ходу. Присутствующие в составе кишечного отделяемого пищеварительные ферменты, в первую очередь, протеолитические, как правило, вызывают мацерацию и воспаление около свищевых участков кожи.

При обильном тонкокишечном отделяемом эффективна активная его аспирация (например, аппаратом Лавриновича). В некоторых случаях аспирированные соки можно вводить через зонд, введенный в желудок (желчь и панкреатический сок при дуоденальных свищах), для восполнения потерь жидкости и солей.

Кожу вокруг свища необходимо также, как при гастростомах, обрабатывать теплой водой с добавлением антисептических растворов, с последующим просушиванием сухой стерильной салфеткой.

Низкие тонкокишечные свищи протекают с меньшими потерями жидкости, но нуждаются в столь же тщательном уходе за кожей.

Колостома – свищ толстой кишки, чаще всего формируемый искусственно путем хирургического вмешательства для опорожнения кишечника от каловых масс. Такая ситуация возникает чаще всего при раке толстой и прямой кишки, осложненной непроходимостью кишечника, как временный (до проведения второго этапа хирургического лечения) или постоянный вариант. Особенностью ухода за колостомой является тщательное соблюдение гигиенических мероприятий и личного туалета, позволяющим пациенту не терять социальных связей. Использование современных модификаций калоприемника позволяет удовлетворительно решать эту задачу.

После заживления наложенной колостомы при появлении кишечной перистальтики, на нее сразу накладывают калоприемник. Для подбора калоприемника измеряют наружный диаметр колостомы и вырезают соответствующее отверстие на поверхности контакта калоприемника с кожей. После снятия за-