



**Методическое пособие для  
среднего медицинского персонала**

**“УХОД ЗА  
ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫМИ  
ПАЦИЕНТАМИ”**

**ГУЗ “Вологодский областной онкологический диспансер”**

## Что такое трахеостомия?

Для лечения некоторых заболеваний необходимо проводить операцию – трахеотомию, чтобы обеспечить доступ воздуха в легкие человека. При более продолжительном лечении приходится накладывать трахеостому.

Слово «трахеотомия» происходит от греческих слов tracheia – дыхательное горло и tome – рассечение; слово «трахеостомия» включает еще одно греческое слово – stoma – отверстие.

С учетом сказанного трахеостомией называется операция рассечения трахеи (горлосечение) с последующим введением в ее просвет канюли или созданием стомы путем сшивания краев трахеальной и кожной ран для обеспечения дыхания или проведения эндоларингеальных, эндотрахеальных и эндобронхиальных диагностических и лечебных вмешательств.

Первую трахеотомию произвел Антонио Брасавола (1550-1555), лейб-медик из Феррары, больному, задыхающемуся от абсцесса гортани, и тот ожил на глазах присутствующих.

К настоящему времени имеется много больных, которых спасла данная операция. Немало людей имеют постоянную трахеостому и благодаря этому живут, дышат.

## Показания к трахеостомии

Трахеостомия обоснована, если ее выполнение улучшает состояние больного, предупреждает возможные осложнения. В процессе ее выполнения не только восстанавливается свободная проходимость дыхательных путей, но и облегчается дыхание, улучшается легочный газообмен, появляется возможность санации трахеобронхиального дерева (удаление из дыхательных путей густой слизи трахеобронхиальных желез, промывание и введение в трахею антисептиков, муколитиков, бронходилататоров, противоотечных средств, гормональных препаратов и др.)

## Основные показания к трахеотомии

1. Острый стеноз гортани:

- инородные тела;
- химические и термические ожоги;
- дифтерия;
- ложный круп;
- двусторонний паралич голосовых складок;
- опухоль.

2. Нарушение дренажной функции трахеобронхиального дерева:
  - тяжелая черепно-мозговая травма;
  - острая недостаточность мозгового кровообращения;
  - опухоль головного мозга;
  - нарушение каркасности грудной клетки;
  - кома с нарушением глоточного и кашлевого рефлексов;
  - длительный астматический статус;
  - массовые пневмонии.
  
3. Некомпетентность нервно-мышечного аппарата дыхания:
  - бульбарная форма полиомелита;
  - полирадикулоневрит;
  - повреждение спинного мозга в шейном отделе;
  - нейроинфекции (столбняк, ботулизм, бешенство);
  - тяжёлая форма миастении.

Трахеостомия обеспечивает саму возможность жизни – дыхание и газообмен в легких!!!

## Уход за больными и трахеостомической трубкой

Трахеостома – это открытая рана, которую надо вести по правилам асептики. Поэтому повязки вокруг трахеостомы нужно менять в первые дни 5-6 раз в сутки.

Необходима защита кожи вокруг трахеостомы ввиду возможности образования зоны мацерации эпидермиса, для чего используют смазывания кожи мазями, прописываемые по рекомендации лечащего врача.

После наложения трахеостомы следует осуществлять постоянный уход за полостью рта.

Соблюдение асептики и антисептики при уходе за трахеостомой и при аспирации из трахеобронхиального дерева – правило, которое должно строго соблюдаться. Это эффективная профилактика инфекционных осложнений, которые возможны после наложения трахеостомы.

Важно постоянно удалять слизь из трахеобронхиального дерева путем активного откашливания или с помощью отсоса, так как возможна частичная или полная закупорка трахеотомической канюли высохшей или загустевшей трахеобронхиальной слизью.

Строгое соблюдение методики проведения аспирации слизи:

- наружный диаметр отсасывающего катетера должен быть меньше половины диаметра трахеотомической трубки;

- катетеры должны быть полужесткими, так как жесткий катетер травмирует слизистую, а мягкий не позволяет осуществить его введение в нижележащие части трахеи, легко слипается во время аспирации;

- длительность одномоментного отсасывания не должна превышать 5 секунд, интервалы между отдельными отсасываниями должны быть не менее 5 секунд;

- до и после отсасывания целесообразно обеспечить больному дыхание воздухом, обогащенным кислородом;

- катетер следует вводить и извлекать из трахеи медленно и осторожно (атравматично);

- во время аспирации необходимо исключить прикосновение катетера к слизистой трахеи и бронхов, так как это повреждает слизистую оболочку, что увеличивает риск инфицированных осложнений (наименьшая травматичность обеспечивается применением катетеров с боковым расположением отверстия и со слепым, конусообразно изогнутым концом.)

- перед каждым отсасыванием из трахеостомы следует в течение примерно 5 минут проводить перкуссионный и вибрационный массаж грудной клетки, что облегчает удаление мокроты. С этой же целью перед отсасыванием в трахеостому можно ввести 10-15 мл изотонического раствора натрия хлорида.

## Увлажнение

Чтобы вдыхаемый воздух не раздражал слизистую оболочку необходимо увлажнение вдыхаемого через трахеостому воздуха и слизистой трахеи.

Это достигается:

1. периодическим применением ингаляторов;
2. использование увлажнителя воздуха и дыхание через увлажненную марлю (все эти способы увеличивают сопротивление дыханию, что снижает их ценность);
3. периодическим введением в трахеостому 1-2 мл 4%-ного раствора бикарбоната натрия или раствора химопсина и т.п;
4. обеспечение высокой гидратации больного (достаточный водный режим, необходимый объем инфузионной терапии).

Высокая гидратация при трахеостомии является эффективной профилактикой и методом преодоления сухости трахеи и бронхов, предупреждением образования в них густого и вязкого секрета.

## Уход за трахеостомической трубкой

Правильный выбор качественной трахеостомической трубки и регулярный уход - важные факторы снижения осложнений. В процессе дыхания через трахеостомическую трубку она нередко забивается густой слизью.

При проведении смены трахеостомической трубки надо учитывать, что трахеостомический ход формируется в течение 3-5 суток. Смена наружной трубки трахеостомической канюли раньше этого срока может оказаться технически сложной.

Если появляется необходимость в выполнении этой процедуры в первые дни после наложения трахеостомы, то ее должен выполнять врач, хорошо владеющий техникой канюлирования трахеи.

Однако в первые дни после трахеостомии показаниями для замены наружной трубки канюли обычно нет. Внутреннюю трубку канюли в первые дни после операции 2-3 раза в день вынимают, промывают, очищают ватой, накрученной на гибкий зонд с нарезками или ершиком, и ополаскивают фурациллином. После трубку высушивают, смазывают маслом (вазелиновым, персиковым и т.д.) и вкладывают в наружную трубку.

В последующие дни внутренние трубки ежедневно, по мере необходимости, извлекают, промывают обычной кипяченой водой, обрабатываются антисептиком (фурациллином) и вставляют обратно.

При обильном образовании вязкой мокроты трахеостомические трубки приходится доставать из трахеи и чистить несколько раз в день. Внутренняя трубка трахеостомической канюли вставляется по каналу наружной трубки. Введение пластмассовой трубки первоначально проводится при расположении ее щитка, направленном вниз. Затем канюля осторожным и уверенным движением вводится в трахею, при этом одновременное щиток переводится во фронтальную плоскость. Введение в трахею пластмассовой канюли обычно вызывает кашлевой рефлекс.

При смене пластмассовых трубок следует использовать трубки одного и того же диаметра. Если при этом для облегчения введения в трахею используются трубки меньшего диаметра, то быстро возникает сужение трахеостомы. Со временем это делает невозможным введение в трахею канюли достаточного для свободного дыхания размера и может потребовать хирургического расширения трахеостомического хода.

## Постоянное канюленосительство

При постоянном канюленосительстве необходим регулярный уход за трахеостомой. Он осуществляется чаще всего самим больным (например, в домашних условиях).

Больной-канюленоситель и его родственники при выписке из стационара должны быть хорошо информированы о правилах ухода за канюлей, возможных осложнениях, их профилактике.

Наиболее частым осложнением канюленосительства является забивание трахеостомической канюли засохшей и густой слизью. Возникающее при этом затруднение дыхания весьма тягостно для больного.

Засыхание слизи в канюле (образование корочки ) предубеждается или существенно ослабляется закапыванием в канюлю через каждые 2-3 часа 2-3 капли стерильного жидкого растительного масла (масло облепихи, шиповника, подсолнечного и др.). Этой же цели служат и описанные выше правила ухода за трахеостомой (увлажнение трахеостомы, гидратация больного и др.).

При появлении признаков засорения канюля должна быть извлечена и очищена. Из-за высыхания слизистой оболочки трахеи и бронхов при дыхании через трахеостому у постоянных канюленосителей часто появляются жалобы на першение и сухость в дыхательном горле, образование густой, плохо выделяемой мокроты, которая может закупорить канюлю.

Профилактика этого осложнения состоит в постоянном увлажнении вдыхаемого воздуха. Варианты увлажнения различны:

- развешивание во время ночного отдыха рядом с постоянным канюляром влажных простынь;
- прикрывание трахеостомической канюли влажным марлевым фартуком;
- очищению трахеи и бронхов от мокроты способствует частое активное откашливание.

Хорошо уменьшает вязкость трахеобронхиальной слизи и способствует ее эффективному отхаркиванию периодическое введение в канюлю 5-10 мл стерильно чистой воды или солевых растворов (2%-ного раствора натрия гидрокарбоната, изотонического раствора натрия хлорида) благоприятны паровые ингаляции через трахеостому.

Иногда образуется очень вязкая мокрота, которая никак не отходит и забивает трахеостомическую канюлю. В этих случаях помогает закапывание в трахеостому муколитиков. например 10-25 мл трипсина или химотрипсина в 5 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида. Канюленосительство с постоянным

отхождением через канюлю мокроты может вызвать мацерацию кожи вокруг трахеостомы .

Профилактика и лечение: подкладывание под щиток канюли стерильной марлевой повязки, которую меняют по мере загрязнения, смазывание кожи вокруг трахеостомической трубки вазелином, мазями и пастами, содержащими окись цинка (мазь цинковая , паста Лассара и др.)

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАНЮЛЕНОСИТЕЛЬСТВЕ БОЛЬНОЙ  
ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У  
ОТОЛАРИНГОЛОГА!**

Выпущено при поддержке:

- ООО “ДЕЛЬРУС-В” т. (8172) 51-76-10
- ООО “Медфарма-Вологда” т. (8172) 54-64-54
- ООО “МАГмед” т. (8172) 58-00-62



Изготовлено в рекламном агентстве “ПРОДВИЖЕНИЕ” т. (8172) 72-24-11