|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование клиники** | | | |
| Код: |  | | |
| Название: | Алгоритм проведения перкутанной гастростомии. | | |
| Утвержден: | Приказом Руководителя №\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. | | |
| Разработчик: | *Должность* | *Ф.И.О.* | *Подпись* |
| Заведующий отделения экспертной эндоскопии интервенционной радиологии |  |  |
|  | Старшая медицинская сестра |  |  |
| Согласовано: | Первый заместитель председателя Правления |  |  |
| Первый заместитель председателя Правления по медицинской деятельности |  |  |
| Управляющий директор по сестринскому делу |  |  |
| Руководитель департамента правового обеспечения и кадрового учета |  |  |
| Руководитель департамента менеджмента качества и безопасности пациентов |  |  |
| Старший эпидемиолог |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата последнего пересмотра: | 2024 г. |
| Дата следующего пересмотра: | 2027 г. |

**2. Сокращения, используемые в СОП**

СОП-стандартная операционная процедура

СИЗ-средства индивидуальной защиты

КБСУ- контейнер безопасного сбора и утилизаций медицинского отхода

**3. Пользователи СОП**

Сотрудники отделения экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии.

1. **Определение:**

Перкутанная или чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) – это установка специальной системы для питания в желудок через переднюю брюшную стенку под контролем эндоскопа.

1. **Цель:** обеспечение энтеральной нутритивной поддержки пациентов, которые не могут самостоятельно принимать пищу перорально по каким либо причинам.

**Показания к установке гастростомы:**

1.Нарушение глотания, вызванное опухолевыми поражения ротовой полости, вторичными поражениями головного мозга, травмами лицевой части черепа, операциями на нижней или верхней челюсти, инсультом, дегенеративными заболеваниями ЦНС (синдром Паркинсона).

2.Длительное вынужденное зондовое питание у пациентов с терминальной стадией тяжелого прогрессирущего заболевания, когда нахождение питающего зонда в пищеводе превышает допустимые сроки.

***Основное условие проведения данной операции - сохранение нормальной проходимости ротоглотки и пищевода.***

**Ограничения для чрескожной эндоскопической гастростомии:**

1.Сепсис

2.Перитонит

3.Гепатомегалия

4.Скопление в брюшной полости большого количества асцитической жидкости

5.Различные анатомические дефекты, возникшие на фоне воспаления либо предшествовавшего хирургического вмешательства

6.Ожирение 3-4 степени

7.Стеноз (опухолевый/рубцовый) глотки, пищевода или кардиального отдела желудка

8.Инфильтрация стенки желудка/брюшины опухолью.

**Абсолютные противопоказания к ПЭГ:**

1. Недостаточная диафаноскопия и невозможность совместить желудок и переднюю брюшную стенку;

2. Выраженные общие проявления сниженной способности к заживлению ран;

3. Перитонит;

4. Нарушение свертываемости крови;

5. Сепсис;

6. Острый панкреатит;

7. Илеус;

8. Опухолевая инфильтрация места пункции; 9. Тяжелое язвенное кровотечение.

**Относительные противопоказания к ПЭГ:**

1. Иммуносупрессия;

2. Асцит;

3. Гастрэктомия;

4. Перитонеальный диализ;

5. Вентрикулоперитонеальный шунт;

6. Тяжелый психоз;

7. Тонкокишечная фистула.

1. **Алоритм стандартных действий или операций:**

**Оснащение:**

1. видеоэндоскопическая система;
2. видеогастроскоп;
3. Набор перкутанной эндоскопической гастростомы;
4. чистые салфетки;
5. средства индивидуальной защиты: маска, колпак, нестерильные перчатки, одноразовый халат и фартук, щитки;
6. одноразовая пеленка;
7. одноразовая одежда для пациента;
8. КБСУ длямедицинских отходов класса «Б», «В»;
9. емкости с дезинфицирующим раствором режима противовирусных инфекций профилактики вирусного гепатита;
10. емкость с дистиллированной водой;
11. антисептики для рук;
    1. **Требования (описание условий для выполнения СОП)**

Проверить рабочее состояния оборудования

Проверить наличие необходимого оснащения

Приготовить журналы для регистрации пациентов

Информированное согласие на проведение инвазивной процедуры высокого риска ( бужированеи)

* 1. **Описание стандартных действий или операций**

**Подготовка к процедуре;**

Чрескожную эндоскопическую гастростомию осуществляют строго натощак, полностью исключается прием пищи за 12 часов и жидкости за 6 часов до начала процедуры. Последний прием пищи накануне может быть не позднее 18.00.

Необходима отмена пероральных антикоагулянтов (препаратов для разжижения крови) накануне исследования, пауза п/к введения гепарина за 4-6 часов до процедуры

Процедура выполняется в условиях стационара (необходима краткосрочная госпитализация), под внутривенной анестезией.

**Техника ПЭГ состоит из следующих этапов:**

1. Выбор наилучшего места пункции.

После введения эндоскопа в желудок и достаточной инсуффляции воздуха при помощи диафаноскопии определяется подходящее место для пункции. Контроль правильности выбора места пункции производится при помощи надавливания пальцем снаружи, при этом эндоскопически отчетливо видно место этого надавливания.

2. Пункция желудка.

После обработки выбранного места пункции и местной анестезии производится надрез кожи, шириной 4-5 мм. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок. Пункционная игла удаляется из канюли.

3. Введение петли-проводника через канюлю в желудок и извлечение его при помощи эндоскопа через рот наружу.

4. Фиксация зонда к петле-проводнику.

5. Установка гастростомической трубки и эндоскопическое подтверждение правильности её положения.

6. Фиксация гастростомической трубки и монтаж внешних принадлежностей.

**Осложнения ПЭГ** по данным литературы встречаются достаточно редко (3-5, 9%). Пневмоперитонеум часто встречается после ПЭГ, но проходит без каких-либо последствий, если не присоединяются симптомы перитонита. Наиболее частое осложнение это раневая инфекция. Данные о профилактическом применении антибиотиков противоречивы. Сообщается также о септицемии, подтекании желудочного содержимого мимо стомы, дислокации трубки, аспирации, перфорации кишки и гастрокишечной фистуле. Риск развития перитонита возрастает при крайней степени кахексии, множественных сопутсвующих заболеваниях и тяжелом общем состоянии, у пациентов с многолетним диабетом.

**Информирование пациента перед процедурой:**

1. Провести идентификацию пациента
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Ввести данные пациента в журнал учёта работы эндоскопического отделения форма № 039/у: Фамилия, имя, отчество пациента полностью без сокращений, число, месяц, год рождения пациента полностью без сокращений согласно правилам Центра;
4. Предоставить пациенту бланк информированного согласия на проведение инвазивной процедуры высокого риска;
5. Переодеть пациента в одноразовую одежду в кабинете.

**Подготовка медперсонала**

1. Перед началом процедуры необходимо провести гигиену рук и применить СИЗ в соответствии с требованиями;
2. Застелить кушетку одноразовой пеленкой;
3. Подготовить на манипуляционном столе струну-проводник, полимерные бужи или дистальные колпачки для бужирования;
4. Уложить пациента на кушетку в положении на левом боку;
5. Непосредственно перед началом процедуры врач проводит процедуру «тайм-аут» согласно правилам Центра;
6. Приготовить видеогастроскоп;
7. Включить аппарат и проверить работу отсасывающего клапана эндоскопа путем продувания воздуха через аппарат;
8. Смазать дистальный конец эндоскопа гелем;
9. Следить за состоянием пациента во время процедуры, успокаивать и объяснять, как правильно дышать и расслабляться;
10. Если во время процедуры был проведен забор биопсийного материала, сразу после завершения процедуры медицинская сестра маркирует образцы согласно правилам Центра (Правила идентификации пациентов);
11. После окончания процедуры медицинская сестра устно проводит послепроцедурную сверку (сайн-аут) согласно правилам центра (см «Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут»);
12. Помочь пациенту подняться, переодеться, направить его в отделение на каталке;

**Процедура предварительной очистки оборудования**

1. Провести предварительную очистку наружной поверхности и внутренних каналов аппарата соблюдением всех мер предосторожности:
2. После окончания процедуры собрать слизь салфеткой с гибкой части извлекаемого колоноскопа, салфетку утилизировать в КБСУ для медицинских отходов класса «Б»;
3. Одноразовую одежду, использованную пациентом, утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б»;

* протереть двукратно наружную поверхность аппарата одноразовой салфеткой, увлажненной дезинфицирующим раствором, салфетку утилизировать в КБСУ длямедицинских отходов класса «Б»;
* промыть внутренние каналы аппарата путем прокачивания дезинфицирующего раствора через каналы эндоскопа;
* продуть воздухом внутренние каналы эндоскопа;

1. отсоединить эндоскоп от аппаратуры, закрыть защитные колпачки;
2. поместить использованный эндоскоп и инстументарий в специально предназначенный контейнер 20,0л;
3. передать емкость специалисту моечной, закрепленному за обработкой эндоскопического оборудования;

**Проведение заключительной дезинфекций помещения**

1. обработать поверхность инструментального столика, кушетку дезинфицирующим раствором (орошение поверхности 2-х кратно, экспозиция 15 минут);
2. использованные одноразовые халаты, шапочки, маски, фартук, перчатки утилизируются в КБСУ для сбора медицинских отходов класса «Б»;26) Щитки подлежат 2х кратной обработке протиранием антисептиком
3. обработать руки проводить после каждой процедуры и манипуляций в соответствии Алгоритма по обработке рук клиники;
4. **Документирование процедуры**

Журнал учета работы эндоскопического центра форма №039-7/у

Журнал учета качества предстерилизационной обработки идезинфекции высокого уровня гибких эндоскопов

1. **Организационные аспекты разработки СОП**

Указание условий пересмотра СОП 1 раз в 3 года или при появлений новых требований.

1. **Список использованной литературы:**
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 августа 2018 года №ҚР ДСМ 8 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции,
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № КР ДСМ-96/2020 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;
4. Приказ Председателя Комитета государственного санитарно- эпидемиологического надзора МЗ РК от 23.04.2013 г. № 111 «Методические рекомендации по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК»
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года)

**Лист ознакомления**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Лист регистрации изменений и дополнений**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Указание части стандарта, в которую вносится изменение/дополнение | | Документ об утверждении внесения изменения/дополнения | | ФИО лица, ответственного за внесение изменений/дополнений | Подпись |
| № раздела | № пункта | Название | Дата |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Лист учета периодических проверок**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Дата проверки | Проверил | | Предложения и замечания |
| Ф.И.О. | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |