

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	
1.1. Общие принципы ухода за пациентами.....	5
1.2 <b>Настоящие и потенциальные проблемы тяжелобольного и обездвиженного пациента(добавил)</b>	
1.3. Осложнения и вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом.....	11
ГЛАВА II. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ №2 ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ»	
2.1. Краткая характеристика инфекционного отделения	
2.2.Сестринский уход за тяжелобольными пациентами на примере ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ» инфекционного отделения	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
ВЫВОД	
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	
ПРИЛОЖЕНИЕ	

ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования. В настоящее время в связи с увеличением числа больных хроническими заболеваниями (патология сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нарушения функции опорно-двигательного аппарата), изменением демографической ситуации (увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста), перед медицинскими работниками встает задача организации ухода за тяжелобольными. Здесь важную роль играет медицинская сестра. Современная медсестринская деятельность включает комплекс мероприятий, направленных на обеспечение всестороннего обслуживания больных, создание надлежащих гигиенических условий, способствующих неосложненному течению заболеваний, облегчению страданий, скорейшему выздоровлению, и предотвращению и своевременному выявлению осложнений, а также выполнение врачебных назначений.**

**Правильный уход за больными является неотъемлемой составляющей лечения. Тяжелобольной - это пациент, у которого имеются значительные нарушения функций органов и систем, который нуждается в медицинской помощи и интенсивном сестринском уходе. От того, как и насколько качественно будет осуществляться уход, зависит течение болезни, качество и продолжительность жизни таких больных. Все вышеперечисленное актуализирует тему работы.**

**Актуальность** данного исследования определена тем, что тяжелобольные пациенты особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как не могут самостоятельно удовлетворять большинство своих потребностей в движении, нормальном дыхании, адекватном питании и питье, выделении продуктов жизнедеятельности, отдыхе, сне, общении, преодолении боли, способности поддерживать собственную безопасность. Современные задачи, возложенные на медицинскую сестру, делают ее профессию многогранной и технологически сложной. Медсестра постоянно находится рядом с

пациентом, именно от нее зависит во многом не только уход за больным, но и в конечном итоге выздоровление пациента. Ё

В связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции Всемирной организацией здравоохранения в 2020 году была объявлена чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, а риски на глобальном уровне оценивались как очень высокие. 11 марта 2020 года распространение вируса было признано ВОЗ пандемией. В стране были приняты беспрецедентные меры для предупреждения заноса и распространения данной инфекции. В 2020 году был зарегистрирован 24441 случай новой коронавирусной инфекции в г. Якутске и 34 районах республики, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составлял 2521,0, темп прироста составляет 0,82%.

На фоне пандемии коронавируса COVID-19 стала ощущаться острая нехватка медицинских сестер. Как сообщается в докладе Всемирной организации здравоохранения, подготовленном совместно с Международным советом медицинских сестер в рамках глобальной кампании «Сестринское дело сегодня». дефицит сестринского персонала в 2020 году составлял около 5,9 млн кадров, (ВОЗ). Согласно документу, в мире сейчас насчитывается чуть менее 28 млн медсестер.

**Цель исследования:** является исследование роли медицинской сестры в организации сестринского ухода за тяжелобольным в стационаре.

**Задачи:**

На основе теоритических данных определить общие принципы ухода за тяжелобольными пациентами ;

Исследовать роль медицинской сестры в организации сестринского ухода за тяжелобольным пациентом;

Выявить проблемы тяжелобольного пациента;

Разработать рекомендации для тяжелобольного пациента

1. Изучить сестринский уход за тяжелобольным пациентом;

2. Исследовать роль медицинской сестры в организации сестринского ухода за тяжелобольным пациентом;
3. Составить рекомендации по уходу за тяжелобольным;

**Объект исследования:** уход за тяжелобольным в стационаре.

**Предмет исследования** - деятельность медицинской сестры в уходе за тяжелобольными пациентами в стационаре.

**Методы исследования:** теоретический анализ медицинской литературы по данной теме, статистический и социологический.

## ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 1.1 Общие принципы ухода за пациентами

Исследуя вопрос ухода медицинской сестры за тяжелобольными пациентами закономерно в первую очередь, будет рассмотреть общие принципы ухода за пациентами. В свою очередь любой уход за пациентами в стационаре является часть более общего.

- бригады скорой помощи, санитарки;
- медицинская документация: карта стационарного больного, амбулаторная карта, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данные обследования; уходу
- специальная медицинская литература: справочники по , стандарты сестринских манипуляций, профессиональные журналы, учебники.

Этап сбора информации крайне важен, так как неправильно собранная информация влечет за собой ошибочные действия медсестры точно так же, как ее недостаточность сопровождается неадекватными действиями.

Сестринская диагностика, в рамках которой рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:

- физиологическими (задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара);
- психологическими (недооценка тяжести своего состояния; беспокойство, вызванное недостатком информации о заболевании);
- духовными (выбор новых жизненных приоритетов в связи с заболеванием; проблема добровольного ухода из жизни на фоне неизлечимого заболевания; проблемы взаимоотношений с родственниками, возникающие в связи с болезнью);
- социальными (самоизоляция, связанная с ВИЧ-инфицированием).

После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации сестра обобщает, анализирует полученные результаты и делает определенные выводы. Они становятся теми проблемами, т.е. сестринскими диагнозами, которые являются предметом сестринского ухода. Проблема пациента и сформулированный на её основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает и/или учится и к государственным службам, особенно службам социальной помощи инвалидам. Например, в такой проблеме пациента, как «социальная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения», могут быть повинны как члены семьи, так и государство.

В зависимости от времени появления сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на существующие и потенциальные.

Существующие (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас».

Потенциальные проблемы (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут появиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала (рис. 1.1).

Рис. 1.1. Схема сестринской диагностики

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений.

Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Сестринские диагнозы классифицируют по значимости:

- первостепенные, т.е. главные, по мнению, прежде всего, самого пациента, связанные с риском для жизни и требующие неотложной помощи;
- промежуточные - неопасные для жизни, однако способствующие ухудшению течения заболевания и увеличению риска осложнений;
- второстепенные - не имеющие прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

Следующим действием **этапом в сестринском процессе** является планирование ухода за пациентом. Планирование – категория, определяющая сестринское поведение при определении целей, сосредоточенных на пациенте и установлении стратегии для достижения целей. Во время планирования устанавливаются приоритеты, определяются цели, ожидаемые результаты и формируется план сестринского ухода.

Помимо общения с пациентом и его семьей сестра консультируется с коллегами, изучает соответствующую литературу.

После установления специфических медицинских диагнозов сестра определяет приоритеты в соответствии с серьезностью диагноза. Установление приоритетов — это метод, по которому пациент и сестра вместе устанавливают диагнозы, основываясь на желаниях, нуждах и безопасности пациента. Поскольку у пациента несколько диагнозов, сестра не может приступить к осуществлению ухода по всем ним одновременно

после их установления. Сестра выбирает приоритетные диагнозы в зависимости от срочности, природы предписанного лечения, взаимодействия между диагнозами.

Приоритеты классифицируются как первичные, промежуточные и вторичные. Сестринские диагнозы, которые могут повлечь гибель пациента, если не оказать срочную помощь, обладают первичным приоритетом.

Сестринские диагнозы с промежуточным приоритетом включают не экстремальные и неопасные для жизни нужды пациента.

Сестринские диагнозы вторичного приоритета: нужды пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или его прогнозу.

Существует два вида целей, выделенных для пациентов:

- краткосрочные (меньше одной недели);
- долгосрочные (недели, месяцы, часто после выписки).

Краткосрочными являются цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени, обычно меньше, чем за неделю. Долгосрочными целями, в свою очередь, являются цели, которые могут быть достигнуты за более длительный период времени, в течение недель и месяцев.

После формулировки целей медсестра составляет план ухода за больным, то есть письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

План ухода координирует сестринский уход, обеспечивает продолжение ухода и перечисляет критерии результатов, по которым оценивается уход.

Целесообразно составлять два плана ухода: первый – в соответствии с настоящим состоянием пациента, второй – на случай возникновения у пациента неотложных состояний и осложнений, характерных для заболевания или состояния пациента



#### Четвертым этапом сестринского процесса непосредственно

Непосредственными действиями является осуществление плана сестринского ухода. Для успешного выполнения ранее сформированного плана сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в его компетенцию.

Основой сестринской практики выступают познавательные, межличностные и психомоторные навыки. Отсутствие опыта и должной квалификации не может служить оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.

В карте сестринского наблюдения за пациентом чаще регистрируются действия сестры, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания.

Сестринские вмешательства могут включать:

- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;
- советы и инструкции больному и членам его семьи;
- уход за больным для достижения лечебных целей;
- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

Заключительным этапом сестринского процесса является оценка эффективности ухода. Оценку результатов медицинская сестра должна производить в соответствии с поставленными целями:

- краткосрочными – ежедневно или еже часно (в экстренных ситуациях)
- долгосрочными – в соответствующие сроки.

## **1.2 Настоящие и потенциальные проблемы неподвижного пациента**

### ***Настоящие проблемы неподвижного пациента***

1. Нарушение показателей различных функций органов и систем, (нарушение ритма сердца, одышка, отеки, головная боль из-за повышенного АД, боль в грудной клетке, боль и отечность в суставах и т д)
2. Ограничение подвижности
3. Дефицит самохода
4. Дефицит общения
5. Нарушение естественного питания
6. Психологический дискомфорт

### ***Потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов:***

риск нарушений целостности кожи: пролежни, опрелости, инфицирование ран;

риск развития воспалительных изменений в полости рта;

риск изменений со стороны опорно-двигательного аппарата: гипотрофия мышц и контрактуры суставов;

риск дыхательных нарушений: застойные явления в легких с возможным развитием пневмонии;

риск изменений в сердечно-сосудистой системе: гипотония, ортостатический коллапс;

риск нарушений со стороны мочевыделительной системы: уроинфекция, образование конкрементов;

риск атонических запоров и метеоризма;

риск обезвоживания;

риск падений и травм при перемещениях;

риск нарушения сна;

риск дефицита общения.

**Вероятность возникновения таких проблем значительно выше у пациентов пожилого возраста!**

## **Риск нарушений целостности кожи**

### **Пролежни и опрелости**

Кожа пациента должна быть чистой и целостной, чтобы нормально функционировать. Для этого необходимо ежедневно проводить ее утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках кожи под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Загрязнения кожи вызывают ощущение зуда, зуд ведет к расчесам, что в свою очередь способствует проникновению вглубь кожи микроорганизмов, находящихся на ее поверхности.

Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Если это невозможно по ряду причин, то помимо ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета необходимо ежедневно мыть больного по частям. После мытья следует насухо вытирать кожу.

При некачественном уходе за кожей у тяжелобольных возможно образование опрелостей, пролежней, инфицирование ран.

## **Пролежни**

**Пролежни** – дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавливания, сдвига или трения из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

**Три основных фактора риска, приводящих к образованию пролежней.**

**Первый фактор – давление.**

Вследствие давления тела происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую она опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием

тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обувью пациентов сидящих неподвижно.

### **Второй фактор – «срезающая сила».**

Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхностей, или их «срезывания». Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной технике перемещения пациента персоналом или родственником. Этот фактор может вызвать столь же глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более тяжелых случаях может произойти даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ним кожа в течение двух недель может оставаться неповрежденной.

### **Третий фактор – трение (как компонент «срезающей силы»).**

Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди с недержанием мочи, повышенным потоотделением. Усиливается при ношении влажного или синтетического нательного белья, либо лежащие и сидящие на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки или нерегулярно меняемые подстилки).

В обычных условиях ни один из этих факторов сам по себе не ведет к образованию пролежней, однако в сочетании с другими факторами (неподвижность, потеря чувствительности, анемия и др.) риск их возникновения возрастает.

Кроме того, выделяют следующие факторы риска

<b>Внутренние факторы</b>		<b>Внешние факторы</b>	
<i>Обратимые</i>	<i>Необратимые</i>	<i>Обратимые</i>	<i>Необратимые</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- истощение</li> <li>- ограниченная подвижность</li> <li>- анемия</li> <li>- недостаточное</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- старческий возраст</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- плохой гигиенический уход</li> <li>- складки на постельном и/или</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более двух часов</li> </ul>

<p>употребление протеина, аскорбиновой кислоты</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обезвоживание</li> <li>- гипотензия</li> <li>- недержание мочи или кала</li> <li>- неврологические расстройства (сенсорные двигательные)</li> <li>- нарушение периферического кровообращения</li> <li>- истонченная кожа</li> <li>- беспокойство</li> <li>- спутанное сознание</li> <li>- кома</li> </ul>		<p>нательном белье</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- поручни кровати</li> <li>- средства фиксации пациента</li> <li>- травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости</li> <li>- повреждения спинного мозга</li> <li>- применение цитостатических лекарственных средств</li> <li>- неправильная техника перемещения пациента в постели</li> </ul>	
---	--	--	--

Для определения риска развития пролежней используют оценку по шкале Ватерлоу.

**Места образования пролежней** – над костными выступами, с небольшой прослойкой мышечной ткани.

**В положении на спине** – затылок, лопатки, локти, крестец, пятки.

**В положении сидя** – затылок, лопатки, крестец, седалищные бугры, стопы ног.

**В положении на животе** – висок или скула, ребра, гребни подвздошных костей, коленки, пальцы ног с тыльной стороны.

**В положении на боку** – висок, область плечевого сустава, вертел бедренной кости, колени, голеностоп.

### Стадии пролежней

<b>1 стадия - пятна</b>	устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления (эритема кожи, не исчезает в течение 30 минут после перемены положения тела); целостность кожи не нарушена
<b>2 стадия - пузыря</b>	стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку. (поверхностный дефект кожи (поражение эпидермиса, иногда с захватом дермы); может проявляться в виде пузыря на фоне эритемы)
<b>3 стадия - язв</b>	разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; формирование язвы с жидкими выделениями
<b>4 стадия</b>	поражение (некроз) всех мягких тканей вплоть до кости; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования

### Сестринские вмешательства по профилактике пролежней

*(если вовремя начать – в 95 % можно избежать)*

#### **Уменьшить давление на участки костных выступов:**

исключить неровный матрац или щит, по возможности использовать противопролежневый, другой вариант - матрац из пороллона толщиной около 10см;

использовать бельё без грубых швов, пуговиц, застёжек и заплат; регулярно расправлять складки на нательном и постельном белье;

менять загрязнённое бельё по мере загрязнения, стряхивать крошки после кормления пациента;

применять подушки, валики из поролона под суставы;

каждые **2 часа** (даже ночью) менять положение тела пациента с учетом формы заболевания;

поощрять пациента изменять положение тела в постели с помощью приспособлений, в кресле- каталке (наклоны вперед, приподнимание, опираясь в ручки кресла)

проводить легкий массаж отступив 5 см от костных выступов.

### **Исключить трение кожи и сдвиг тканей:**

правильно размещать пациента в постели: применять упор для стоп, исключать «сползание» подушек;

правильно перемещать пациента, приподнимая или перекатывая;

осторожно менять загрязненное белье, подставлять и убирать судно;

заменить пластырь специальными повязками, клейкими лентами;

исключить массаж над костными выступами.

проводить оценку состояния кожи и уход за ней:

осматривать ежедневно, особенно в зонах риска;

при сухости кожи применять увлажняющий крем, особенно в местах костных выступов, при потливости использовать присыпку;

использовать современные серии средств по уходу за кожей включающие увлажнение, питание и защиту.

### **Обеспечить качественный гигиенический уход за телом пациента:**

не менее трёх раз в день (при необходимости чаще) обмывать или обтирать кожу тёплой водой с использованием мыла, махрового полотенца;

использовать специализированные очищающие средства по уходу за кожей;

### **Обеспечить пациента адекватным питанием и питьем:**

достаточное количество белка – не менее 120г (мясо, рыба, молочные продукты), аскорбиновой кислоты 500-1000мг в сутки;

жидкости не менее 2 л в сутки (30 мг на кг веса, при отсутствии противопоказаний).

Обучить родственников уходу за пациентом.

## Опрелости

**Опрелости** – воспаление кожи в области кожных складок по причине загрязнения ее секретом потовых, сальных желёз и выделениями пациента..

**Причины** возникновения опрелостей:

1. Повышенная потливость
2. Жаркий микроклимат
3. Недержание мочи, кала.
4. Некачественный гигиенический уход

**Места** возможного образования опрелостей:

во всех естественных кожных складках

- за ушами
- складки на шее
- под молочными железами (у женщин)
- в подмышечных впадинах
- складки живота
- паховые складки
- межягодичная складка
- под мошонкой (у мужчин)
- в межпальцевых промежутках

### Стадии опрелостей

Стадия	Признаки	Сестринские вмешательства
<b>1 стадия</b> - эритема	гиперемия, болезненность	обмыть кожу теплой водой с мылом или антисептическим водным раствором; тщательно осушить; нанести детский крем или стерильное масло
<b>2 стадия</b> -	на фоне	обмыть кожу теплой водой с мылом или



мокнутие	гиперемии жидкое прозрачное отделяемое	– антисептическим водным раствором; тщательно осушить; нанести на кожу тальк или подсушивающие пасты (Лассара, цинковая) проложить кожные складки стерильными салфетками;
<b>3 стадия</b> - эрозия	нарушение целостности кожи	использование заживляющих мазей (ируксол, солкосерил, облепиховое масло); УФО с последующей аэрацией; стерильные повязки (прокладки)

### ***Профилактика опрелостей:***

Поддержание оптимальной температуры в палате – не выше +22<sup>0</sup> С, проветривание.

Использовать чистое, сухое х/б белье.

Регулярный туалет кожи тёплой водой с осмотром, подмывание после каждого мочеиспускания и дефекации.

Обработка кожных складок.

Своевременная смена влажного загрязненного белья.

Воздушные ванны для складок кожи, прокладки между пальцами ног или рук.

При недержании мочи и /или кала применять памперсы (смена каждые 4 часа и/или после каждого акта дефекации).

### 1.3. Осложнения и вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом

Отметим, что многие из приведенных в данном параграфе вторичных заболеваний и осложнений были кратко рассмотрены в предыдущем в контексте сестринского процесса при уходе за тяжелобольными пациентами в стационаре. В дополнение к вышеизложенной информации подробнее рассмотрим данные осложнения и заболевания, а также приведем наглядные иллюстрации.

Так как в подавляющем большинстве случаев тяжелобольные пациенты, нуждающиеся в сестринском уходе в условиях стационара, являются обездвиженными, одним из основных осложнений постельного режима являются пролежни (рисунок 1.2).

#### Рисунок 1.2 – Пролежень на различных стадиях

Тело лежащего больного оказывает давление в основном на определенные места. Давление веса тела больного и противоположное давление матрацы являются причиной уменьшения циркулирования крови в коже и мышцах (рисунок 1.3). Из-за уменьшения циркуляции крови ткани тела получают недостаточно питания и в конце концов могут отмереть. Последствием этого является пролежень.

#### Рисунок 1.3 – Места повышенного давления

При положении больного на спине особенно сильному давлению подвергаются следующие места:

- задняя часть головы;
- копчик;
- лопатки;
- пятки;

- локти;
- пальцы ног;
- края таза.

При положении больного на боку особенно уязвимы мочки ушей, плечи, локти, край таза, колени, щиколотки. В принципе пролежень может возникнуть на любом месте, испытывающем давление и не защищенном мышцами в достаточной степени. Возникновение пролежней особенно вероятно при наличии определенных условий:

- ограниченная подвижность больного (вследствие болей или наличия перевязок);
- сильное истощение;
- лишний вес;
- влажность кожи (потение, недержание мочи);
- некоторые основные заболевания (паралич, заболевания сосудов, диабет).

Другим частым заболеванием, вызванным длительным постельным режимом является воспаление легких. При лежании в постели дыхание больного часто бывает недостаточно глубоким, что приводит к недостаточной вентиляции глубоких отделов легких. Такое недостаточное дыхание, свойственное лежачим больным, а также пожилым людям, ведет к накоплению слизи (секрета) в дыхательных путях и в легких и способствует инфицированию легочной ткани. При домашнем уходе за больными, а также в больнице основное заболевание (например, бронхит или грипп) часто осложняется воспалением легких. Нередко может случиться, что лежачий больной умирает не от своего основного заболевания, а от сопутствующего ему воспаления легких.

Существует ряд мер, позволяющих целенаправленно и эффективно предупреждать развитие этого осложнения. К числу таких мер относятся следующие:

- Несколько раз в день попросить больного целенаправленно глубоко дышать. Палата больного должна быть всегда очень хорошо проветрена (избегать сквозняков).
- Попросить больного откашляться, причем это должно осуществляться в приподнятом положении больного (спина и голова больного опираются на подушки).
- Поощрять больного несколько раз в течение дня вставать и по возможности также ходить.
- Больные, которые не могут ходить, должны по меньшей мере двигать ногами и руками (простейшая гимнастика).
- Обратит внимание на то, чтобы при сильном потении больного чаще менять ему нательное и постельное белье. Белье должно быть легко согреваемым.

Также нередки случаи возникновения тромбоза. Здоровый человек много раз в течение дня переходит от движения к состоянию покоя. В соответствии с этим происходит также ускорение и замедление тока крови (рисунок 1.4).

#### Рисунок 1.4 – Вена здорового человека

Работа и движение предотвращают замедление тока крови. У больных людей, которые длительное время проводят в постели, такая естественная смена движения и покоя отсутствует. Покой и лежание в постели становятся их длительным состоянием. Последствием этого является то, что поток крови на длительное время замедляется. Особенно важную роль играет обратный ток крови.

У больного, который длительное время находится в постели и почти не двигается, мышцы, поддерживающие вену, постепенно ослабевают. Из-за этого вена теряет необходимую ей опору и изменяет форму (рисунок 1.5), то есть:

- она растягивается, ее стенки, как правило, остаются при этом гладкими;
- венозные клапаны теперь не закрываются до конца;
- они не могут препятствовать обратному току крови;
- из-за этого может возникнуть застой крови.

Рисунок 1.5 – Вена больного при постельном режиме

Профилактическими мерами, направленными на предотвращение тромбоза, являются:

- Тренировка мышц (изометрические упражнения)
- Тренировка движений (изотонические упражнения)
- Массаж
- Приподнятое положение конечностей
- Поддерживающая повязка
- Эластичные бинты

Рисунок 1.6 – Использование эластичных бинтов

Еще одним осложнением являются контрактуры суставов. Контрактура сустава – это устойчивое ограничение движений в суставе. Проявляется уменьшением объема или отсутствием движений, нарушением функции, иногда - вынужденным положением конечности. Значимость патологии зависит от локализации контрактуры и степени ограничения движений. Диагноз выставляется на основании симптомов, данных измерения объема движений, рентгенографии сустава и других исследований. Лечение может быть как консервативным, так и оперативным. Прогноз зависит от давности и причины развития патологии, свежие контрактуры поддаются лечению лучше застарелых.

Если взаимосвязь мышц постоянно не тренируется, то мышцы становятся функционально непригодными. При длительной непригодности мышц, например, при параличе, мышцы уменьшаются в размере. Из-за укорочения мышц ограничивается также движение суставов, что может в конце концов привести к полной неподвижности суставов.

Основным проявлением патологии является ограничение движений различной степени выраженности. В зависимости от локализации контрактуры пациенты могут предъявлять жалобы на нарушение захвата предметов кистью, невозможность или затруднения при выполнении определенных бытовых действий (причесывании, одевании, приеме пищи), нарушения опоры и ходьбы. При осмотре выявляется снижение объема активных и пассивных движений, атрофия мышц. Нередко обнаруживаются посттравматические или поствоспалительные рубцы и деформации.

Лечение должно быть комплексным, проводимым с учетом причины развития и характера патологических изменений. Консервативная терапия структурных контрактур включает в себя массаж, физиолечение (электрофорез новокаина и диадинамические токи), комплекс ЛФК с выполнением активных и пассивных упражнений, а также упражнений на расслабление мышц. При более стойком ограничении движений назначают парафин, тозокерит, инъекции стекловидного тела или пирогенала. Если ткани сохранили достаточную упругость, применяют этапные гипсовые повязки или одномоментную редрессацию (насильственное распрямление конечности).

## ГЛАВА II. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ №2 ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ»

### 2.2. Особенности сестринского ухода за тяжелобольными пациентами

Уход за больными разделяют на общий и специальный. Общий уход включает мероприятия, которые можно применить относительно любого

больного, независимо от вида и характера его заболевания. Специальный уход включает мероприятия, которые применяют только к больным с определенными заболеваниями (хирургические, инфекционные, урологические, гинекологические, психические и т.д.).

Таким образом, специальный уход — это совокупность терапевтических мер, подбираемых больному в зависимости от установленного медицинского заключения. Уход за такими больными должен быть грамотным и профессиональным. Особенно если речь идет о престарелом тяжелобольном. Происходит это из-за того, что чаще всего заболевание сопровождается возрастными гериатрическими осложнениями .

#### Гигиенический уход за тяжелобольным

Рассматривая особенности ухода за тяжелобольными пациентами в первую очередь, сформулируем потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов:

- риск нарушений целостности кожи: пролежни, опрелости, ран;
- риск развития воспалительных изменений в полости рта;
- риск изменений со стороны опорно-двигательного аппарата: гипотрофия мышц и контрактуры суставов;
- риск дыхательных нарушений: застойные явления в легких с возможным развитием пневмонии;
- риск изменений в сердечно-сосудистой системе: инфицирование гипотония, ортостатический коллапс;
- риск нарушений со стороны мочевыделительной системы: уроинфекция, образование конкрементов;
- риск атонических запоров и метеоризма;
- риск обезвоживания;
- риск падений и травм при перемещениях;

- риск нарушения сна;
- риск дефицита общения.

Исходя из сформулированных потенциальных проблем можно, в свою очередь, сформулировать и основные принципы ухода за тяжелобольными и обездвиженными пациентами:

- безопасность: предупреждение травматизма;
- конфиденциальность;
- уважение чувства достоинства: все процедуры выполняются с согласия пациента, обеспечивается уединение при необходимости;
- общение: расположение пациента и членов его семьи к беседе, обсуждение плана ухода и всех процедур;
- независимость: поощрение пациента к самостоятельности;
- инфекционная безопасность: осуществление соответствующих мероприятий.

Осуществляя уход, медицинская сестра должна благожелательно и внимательно расспросить больного о том, что его беспокоит, чего бы он хотел и что ему мешает. Нужно выяснить у пациента, ощущает ли он боль (где и от чего она возникает, когда проходит), жар, озноб, страх, дискомфорт, головокружение, хочет ли больной пить или есть. Также от медицинской сестры требуется внимательно следить за основными физиологическими показателями больного:

- температурой
- пульсом
- артериальным давлением
- частотой дыхательных движений
- физиологическими отправлениями.



Медицинской сестре необходимо помнить, что часто больные люди раздражительны, стремятся к покою, плохо переносят шум, с трудом воспринимают информацию, легко устают даже от малых усилий.

Получив разрешение у лечащего врача, необходимо активизировать больного в пределах возможного: сделать ему легкий массаж, проводить с ним гимнастику, лечебную физкультуру, менять положение больного в кровати.

У тяжелобольного неподвижного пациента высок риск развития пролежней в результате длительного сдавливания мягких тканей. Образованию пролежней, травм способствует влажная неопрятная постель со складками и крошками. Основной причиной образования пролежней является плохой уход за пациентом.

Таким образом, содержание сестринского ухода за тяжелобольным пациентом включает в себя несколько пунктов:

1. Обеспечение физического и психического покоя — для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.
2. Контроль соблюдения постельного режима — для создания физического покоя, профилактики осложнений.
3. Изменение положения больного каждые 2 часа — для профилактики пролежней.
4. Проветривание палаты, комнаты — для обогащения воздуха кислородом.
5. Контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания) — для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи.
6. Контроль физиологических отправления (стул, мочеиспускание) — для профилактики запоров, отеков, образования конкрементов в почках.

7. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений. Медицинская сестра выполняет следующие манипуляции:
- умывание больного;
  - уход за глазами;
  - уход за ротовой полостью;
  - уход за носом;
  - очищение наружного слухового прохода;
  - бритье лица;
  - уход за волосами;
  - уход за ногами;
  - уход за наружными половыми органами и промежностью.
8. Уход за кожей — для профилактики пролежней, опрелостей.
9. Смена нательного и постельного белья — для создания комфорта, профилактики осложнений.
10. Кормление пациента, помощь при кормлении — для обеспечения жизненно важных функций организма.
11. Обучение родственников мероприятиям по уходу — для обеспечения комфорта пациенту.
12. Создание атмосферы оптимизма — для обеспечения максимально возможного комфорта.
13. Организация досуга пациента — для создания максимально возможного комфорта и благополучия.
14. Обучение приемам самоухода — для поощрения, мотивации к действию.
15. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) — для восстановления нарушенных функций организма.

Рассмотрим также основные аспекты сестринского ухода за тяжелобольными пациентами:

- Особенности ухода за кожей тяжелобольного. Кожу загрязняют выделения потовых, сальных желез, слущенный эпидермис, транзиторная микрофлора, а в области промежности – моча и кал.

Уход за кожей обеспечивает:

- ее очистку;
- стимуляцию кровообращения;
- гигиенический и эмоциональный комфорт.

Постельное и нательное белье у тяжелобольного меняется сразу по мере его загрязнения. Умывать лицо не реже 2-х раз в день – утром и вечером. Мытье головы, душ или ванна (если возможно) – 1 раз в неделю. Влажное обтирание кожи – ежедневно не реже 3-х раз в день. Мытье рук – перед каждым приемом пищи. Мытье ног – не реже 1 раза в 3 дня.

- Пролежни. Пролежни - дистрофические, язвенно – некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавливания, сдвига или трения из – за нарушения местного кровообращения и нервной трофики. Сестринские вмешательства при пролежнях представлены в таблице 1.1

Таблица 1.1 – Сестринские вмешательства при пролежнях

Стадия	Признаки	Сестринские вмешательства
1 - стадия пятна	стойкая гиперемия, не проходящая после сдавливания; целостность кожи не нарушена	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обработка мазью солкосерил, эрол для заживления кожи;</li> <li>• гелевые биокклюзионные повязки (комфил-плюс) для поддержания необходимой влажности кожи, уменьшения трения;</li> <li>• солкосерил внутримышечно или внутривенно (по назначению врача)</li> </ul>
2 стадия - пузырей	на фоне стойкой гиперемии - поверхностное нарушение целостности кожи с	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обработка краев пузырей бриллиантовым зеленым;</li> <li>• промывание пролежня большим количеством физ. раствора или дистиллированной водой;</li> </ul>

	отслойкой эпидермиса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• биокклюзионные повязки с солкосерилом для улучшения процессов регенерации, системное лечение солкосерилом (по назначению врача)</li> </ul>
3 стадия - язв	Полное разрушение (некроз) всех слоев кожи, формирование язвы с жидкими выделениями	<ul style="list-style-type: none"> <li>• хирургическое удаление некротизированной ткани;</li> <li>• повязки на рану;</li> <li>• обезболивание;</li> <li>• ферментные мази, повязки (ируксол, мультиферм);</li> <li>• системное лечение солкосерилом (по назначению врача)</li> </ul>
4 стадия	Поражение всех слоев мягких тканей вплоть до кости	аналогично стадии 3

- **Опрелости.** Опрелости - воспаление кожи в области кожных складок по причине загрязнения секретом потовых, сальных желез и выделениями пациента. Факторами риска возникновения опрелостей являются:
  - повышенная потливость пациента;
  - жаркий микроклимат в помещении;
  - наличие у пациента недержания мочи и /или кала;
  - некачественный гигиенический уход за кожей пациента.

Сестринские вмешательства при пролежнях представлены в таблице 1.2

Таблица 1.2 – Сестринские вмешательства при опрелостях

Стадия	Признаки	Сестринские вмешательства
1 стадия - эритема	гиперемия, болезненность	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмывать кожу теплой водой с мылом или антисептическим раствором;</li> <li>• тщательно осушить;</li> <li>• нанести детский крем или стерильное масло</li> </ul>

2 стадия - мокнутие	на фоне гиперемии – жидкое прозрачное отделяемое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• прокладывать кожные складки тканью, хорошо впитывающей влагу;</li> <li>• нанести на кожу тальк или подсушивающие пасты - Лассара, цинковая)</li> </ul>
3 стадия - эрозия	нарушение целостности кожи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• использование заживляющих мазей – ируксол, солкосерил, облепиховое масло;</li> <li>• УФО с последующей аэрацией;</li> <li>• стерильные повязки (прокладки)</li> </ul>

- Профилактика развития контрактур суставов и гипотрофии мышц. В данном случае сестринские вмешательства будут следующими:
  - Стимулировать пациента совершать движения, смену положения в постели, применяя специальные приспособления.
  - Изменять положение тела пациента в постели каждые 2 часа с учётом биодинамики тела человека, исключив провисание суставов.
  - В пределах подвижности суставов выполнять с пациентами пассивные движения, постепенно переходя к активным. Начинать с верхних суставов на одной стороне, опускаться вниз, затем перейти на другую сторону. Не утомлять пациента, количество упражнений минимально – плечевой сустав – 4, локтевой – 2, лучезапястный – 3, пальцев рук и ног – 4, тазобедренный и коленный – 3, голеностопный – 2, суставов стопы – 2.
  - Массаж.
- Профилактика застойных явлений в легких. Из-за нахождения длительно в одном положении нарушается дренажная функция лёгких и бронхов, появляется риск развития застойной пневмонии. Сестринские вмешательства:
  - Ежедневно проводить термометрию, оценку общего состояния, дыхания.
  - Обеспечить оптимальную температуру в помещении, регулярно кварцевать, проветривать исключив сквозняки.
  - Следить за свободным носовым дыханием пациента.

- Стимулировать пациента изменять положение тела и одновременно выполнять дыхательные упражнения.
- Применять дренажные положения для стимуляции отхождения мокроты.
- Обучать пациента технике кашля: глубокий вдох, задержать дыхание на 2 с., откашляться.
- При отсутствии противопоказаний применять вибрационный массаж грудной клетки.
- По назначению врача оксигенотерапия, горчичники и банки на грудную клетку.
- Предупреждать метеоризм, следить за регулярным опорожнением кишечника.
- Профилактика уроинфекции и конкрементов в мочевых путях. Отметим, что признаками конкрементов являются боль наличие крови в моче, в свою очередь признаками уроинфекции являются лихорадка, боль и жжение при мочеиспускании, частые позывы, уменьшение отделения мочи, мутная и концентрированная моча с наличием хлопьев, слизи, крови. Сестринские вмешательства:
  - Проводить термометрию, оценку общего состояния, осматривать мочу и по назначению врача собирать ее на исследование.
  - Следить за сбалансированным питанием и достаточным употреблением жидкости (не менее 1,5 л в сутки).
  - Регулярно проводить туалет наружных половых органов.
  - Регулярно проводить смену памперсов, нательного и постельного белья.
- Профилактика нарушения сна. Сестринские вмешательства:
  - Обеспечить свежий воздух и оптимальную температуру в помещении.
  - Обеспечить комфортное состояние постели, одежды.
  - Обеспечить тишину и приглушенный свет.

- Исключить обильный приём пищи и жидкости перед сном, приём кофе и крепкого чая.
- Обеспечить опорожнение кишечника и мочевого пузыря.
- Соблюдать распорядок дня.
- Обеспечить обезболивание.

Целями ухода за тяжелобольным пациентом являются:

- создание физического, социального, психологического комфорта;
- уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания;
- улучшение качества жизни;
- профилактика возможных осложнений;
- установление психологического контакта, выявление нарушенных потребностей.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бураков И. И. Уход за пациентами как лечебный фактор. Режим организаций здравоохранения: учебно-методическое пособие / И. И. Бураков, Э. А. Доценко, М. В. Шолкова. – Минск: БГМУ, 2017 – 28 с.
2. Гребенев А.Л. Основы общего ухода за больными: Учеб. пособие. - М.: Медицина, 2018. - 288 с.

3. Двойников С. И. Младшая медицинская сестра по уходу за больными: учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с.
4. Заликина Л.С Уход за больными: Учебник. - М.: МИА, 2018. - 201 с.
5. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие [Текст] / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семененко; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 475 с.
6. Лобанова Н.А. Общий уход за больными. Учебно- методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2019. - 117 с.
7. Никитина А.В. Всё по уходу за больными в больнице и дома. - М.: Медицина, 2018. - 704 с.
8. Общий уход за больными: учебное пособие / сост.: А. В. Ткачев, К.Е. Мазовка, Л.С. Мкртчян, Л.В. Судьина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 139 с.
9. Основы общего ухода в вопросах и ответах: учебное пособие для студентов I курса медицинского факультета по производственной практике /И.П.Пономарева, О.В. Маслова, Л.А. Крупенькина. - Белгород: Изд-во НИУ «БелГУ», 2016.- 34 с.
10. Основы сестринского процесса: учебное пособие по ведению сестринского процесса и оформлению сестринской карты ухода / Г.М. Давыдова, И.Я. Кириченко, О.Ю. Мезенцева, Т.В. Окунская, Л.В. Пахомова, Е.В. Рыбникова, Л.Л. Черных; под. ред. Е.В. Рыбниковой, Т.В. Окунской. — 3-е изд.: перераб. и доп. — Курск : ОБПОУ «КБМК», 2016. — 36 с.
11. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. - Ростов н/Д.: Феникс, 2018. - 473с.



12. Шамов И.А., Апашева Л.Н., Багомедова Н.В. Лекционный курс для студентов 2 курса (3-й семестр). Учебное пособие. В пособии изложен систематический курс лекционного материала по кафедре пропедевтики внутренних болезней. Махачкала, 2010. 38.с.
13. Яромич И. В. Сестринское дело и манипуляционная техника :учебник. - 3-изд. - Минск : Выш. шк., 2017. - 527 с.
14. Лекция: Особенности сестринского ухода за тяжелобольными и обездвиженными пациентами [Электронный ресурс] / Потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов. - Режим доступа: <https://rmmk05.ru/wp-content/uploads/2020/03/06.04.-2020-Lektsiya-kurs-2-vechern-sestrinsk-uhod-za-tyazhelymi-patsient..Prolezhni..pdf>
15. Медицинский справочник болезней [Электронный ресурс]: Болезни ОДС и травмы. - Режим доступа: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/joint-contractures>
16. Национальный открытый университет ИНТУИТ. [Электронный ресурс] / Профилактика развития контрактур суставов и гипотрофии мышц. - Режим доступа: <https://intuit.ru/studies/courses/3575/817/lecture/29055?page=4>
17. Официальный сайт ГБПОУ «Сызранский медико-гуманитарный колледж» [Электронный ресурс] / Лечебно-охранительный режим. Правильная биомеханика тела пациента и медицинской сестры. - Режим доступа: <https://medgum.ru/downloads/student/eor1/sections/9lechebno-ohranitelnyj-rezhim.html>
18. Патронажная служба Москвы «Лаванда-мед» [Электронный ресурс]: Гигиенический уход за тяжелобольным. - Режим доступа: <https://lavanda-med.ru/gigienicheskij-uhod-za-tyazhelobolnym/>

19. Реабилитация инвалидов. Информация по реабилитации инвалида - колясочника, спинальника и др. [Электронный ресурс] / Советы по уходу. - Режим доступа: [https://aupam.ru/pages/uhod/osnovi\\_uhzbnd/page\\_06.htm](https://aupam.ru/pages/uhod/osnovi_uhzbnd/page_06.htm)

20. Сестринское Дело. Электронная медицинская кафедра [Электронный ресурс]: Сестринский процесс. - Режим доступа: <https://kashmu.ru/sestrinskij-protsess/kakie-byvayut-etapy-sestrinskogo-protssessa.html>