

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Т. Т. Копать, И. М. Змачинская

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТОВ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2018

УДК 616-083(075.8)
ББК 53.5я73
К65

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.03.2018 г., протокол № 7

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. С. Е. Алексейчик; канд. мед. наук, доц. В. И. Курченкова

Копать, Т. Т.
К65 **Транспортировка пациентов. Личная гигиена пациентов : учебно-методическое пособие / Т. Т. Копать, И. М. Змачинская. – Минск : БГМУ, 2018. – 24 с.**
ISBN 978-985-21-0174-5.

Содержит основные сведения о видах транспортировки пациентов, мероприятиях по личной гигиене пациентов, клинических проявлениях и профилактике пролежней.

Предназначено для студентов 1–2-го курсов лечебного факультета и медицинского факультета иностранных учащихся по специальности «Лечебное дело» по дисциплинам: «Медицинский уход и манипуляционная техника» и учебная практика «Медицинский уход».

УДК 616-083(075.8)
ББК 53.5я73

ISBN 978-985-21-0174-5

© Копать Т. Т., Змачинская И. М., 2018
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 6 часов.

Пациенту, находящемуся на постельном режиме, следует создать условия, обеспечивающие его хорошее самочувствие и минимизирующие риск возникновения осложнений. В первую очередь это относится к личной гигиене пациентов, включающей уход за кожей, волосами, ногтями, полостью рта и носа, глазами и ушами. Кроме того, важно правильно транспортировать пациентов в тяжелом состоянии, а также своевременно устранять факторы риска развития пролежней.

Цель занятия: освоить виды транспортировки пациентов, клинические проявления пролежней и мероприятия по личной гигиене пациентов.

Задачи занятия:

- изучить последовательность действий при различных видах транспортировки пациентов;
- ознакомиться с клиническими проявлениями пролежней на каждой стадии и мероприятиями по их профилактике;
- освоить методику мероприятий по смене белья, уходу за кожей, волосами, ногтями, полостью рта, зубами, глазами, ушами и полостью носа пациентов.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо ознакомиться с литературой, освещающей мероприятия по личной гигиене.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Виды транспортировки пациентов.
2. Различные положения пациента в постели.
3. Клинические проявления каждой стадии пролежней.
4. Методика смены постельного и нательного белья.
5. Мероприятия по личной гигиене пациента.

ВВЕДЕНИЕ

Нередко успех лечения и прогноз заболевания всецело определяются качеством ухода за пациентами. Любой врач обязан хорошо владеть всеми навыками ухода, чтобы при необходимости самому выполнять все манипуляции, объяснив медицинской сестре причины ошибок. Весь перечень мероприятий по уходу за пациентами является обязательной составной частью всего лечебно-диагностического процесса, влияющей на его эффективность.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЕ

Вид транспортировки в зависимости от тяжести состояния пациента определяет врач.

Пациент в удовлетворительном состоянии добирается в отделение пешком в сопровождении медсестры. Пациента в тяжелом состоянии доставляют:

- на носилках;
- на каталке;
- на кресле-каталке;
- на руках.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА НОСИЛКАХ

Для транспортировки пациента на носилках требуется:

1. Поставить носилки перпендикулярно кушетке так, чтобы их головной конец подходил к ножному концу кушетки.

2. Трем медицинским работникам подвести руки под пациента: первому — под голову и лопатки пациента, второму — под таз и верхнюю часть бедер, третьему — под середину бедер и голени (перекладывание можно производить и вдвоем).

3. Согласованными движениями одновременно поднять пациента, повернуться с ним на 90° в сторону носилок и положить на них.

4. В отделении переложить пациента с носилок на кровать: поставить головной конец носилок к ножному концу кровати (при малой площади палаты разместить носилки параллельно кровати), втроем поднять пациента, повернуться с ним на 90° (если носилки поставлены параллельно, то на 180°) и положить его на кровать.

При небольшой массе тела пациента поднимать его может один человек. Для этого следует подвести одну руку под лопатки пациента, а другую — под бедра и взять его на руки. Сам пациент должен обхватить руками шею медицинского работника.

При транспортировке пациента на носилках необходимо соблюдать определенные правила:

1. Все время держать носилки в горизонтальном положении.
2. При подъеме по лестнице поворачивать носилки головным концом вперед, при спуске — ножным концом, приподнимая в обоих случаях ножной конец носилок.
3. Из палаты выносить носилки головным концом вперед.
4. Поднимать и опускать носилки осторожно и одновременно, удерживая их в горизонтальном положении.
5. Нести носилки идя не в ногу, передвигаясь короткими шагами.
6. Идущему сзади наблюдать за состоянием пациента.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КАТАЛКЕ

Для транспортировки пациента на каталке необходимо выполнить следующие действия:

1. Застелить каталку простыней.
2. Поставить каталку перпендикулярно кушетке так, чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки.
3. Трем медицинским работникам встать около пациента с одной стороны: первому подвести руки под голову и лопатки пациента, второму — под таз и верхнюю часть бедер, третьему — под середину бедер и голени и положить на нее.
4. Поднять пациента, повернуться с ним на 90° в сторону каталки и положить на нее.
5. Сообщить в отделение, что направлен пациент в тяжелом состоянии, и транспортировать его.
6. В отделении головной конец каталки подвести к ножному концу кровати, вдвоем поднять пациента, повернуться с ним на 90° (если каталка поставлена параллельно, то на 180°) и положить его на кровать.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КРЕСЛЕ-КАТАЛКЕ

Кресла-каталки предназначены для транспортировки ослабленных пациентов, инвалидов, некоторых пациентов пожилого и старческого возраста.

Для транспортировки необходимо выполнить следующие действия:

1. Наклонить кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.
2. Попросить пациента встать на подставку для ног, затем, поддерживая его, посадить в кресло.
3. Вернуть кресло-каталку в исходное положение.
4. С помощью рамки, расположенной за спинкой кресла-каталки, придать пациенту нужное положение: сидя, полулежа или лежа.
5. Транспортируя пациента, следить, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
6. В палате помочь пациенту пересесть на приготовленную кровать.
7. Продезинфицировать кресло-каталку.

РЕЖИМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА

Важным условием хорошего самочувствия пациента и его выздоровления является постельный и физиологический комфорт, который является элементом лечебно-охранительного режима.

Каждому пациенту в зависимости от его состояния назначают тот или иной **режим двигательной активности**. Обеспечить выполнение назначенного врачом режима — задача медицинской сестры.

Различают четыре вида индивидуального режима пациента в зависимости от физической (двигательной) активности: строгий постельный, постельный, палатный и общий.

При *строгом постельном режиме* пациенту не разрешается активно двигаться в постели. Все физиологические отправления он совершает в постели, а медицинская сестра осуществляет уход за пациентом, кормит его, следит, чтобы он не вставал.

При *постельном режиме* пациенту разрешается свободно поворачиваться в постели, но запрещается покидать ее.

При *палатном режиме* пациент может сидеть на стуле рядом с кроватью, вставать и недолго ходить по палате. Туалет, кормление пациента и физиологические отправления осуществляются в палате.

При *общем режиме* пациенту разрешается ходить по отделению. Он самостоятельно обслуживает себя: принимает пищу, пользуется туалетом, ванной комнатой.

При ограниченной физической (двигательной) активности **положение пациента в постели** может быть:

- активным (пациент способен вставать с постели, сидеть, ходить);
- пассивным (пациент не может сам двигаться, поворачиваться в постели, поднимать голову или руки и сохраняет приданное ему положение);
- вынужденным (пациент сам занимает положение в постели, стараясь облегчить свои страдания).

Необходимо постоянно следить за тем, чтобы положение пациента улучшало функцию того или иного пораженного органа.

Тяжелобольному необходимо обеспечивать удобное положение в постели, что обуславливает ряд определенных требований к устройству кровати. Им лучше всего соответствует функциональная кровать, головной и ножной конец которой можно быстро перевести в нужное положение (поднять, опустить). С этой целью в кроватиной сетке предусматривается несколько секций, положение которых меняется поворотом специальной ручки.

В обычной кровати полусидячее положение можно придать с помощью подголовника или нескольких подушек.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

Личная гигиена начинается с тщательного ухода за кожей пациента, глазами, ушами, волосами, ротовой полостью, зубами, ногтями, промежностью, а также предполагает регулярную смену нательного и постельного белья. Прежде чем приступить к выполнению любой манипуляции по личной гигиене, следует:

1. Приготовить необходимое оснащение.
2. Сообщить пациенту цель и ход ее выполнения.
3. Получить согласие пациента на выполнение процедуры.

4. Поинтересоваться, не желает ли пациент, чтобы его отгородили ширмой.

По ходу выполнения манипуляции необходимо следить за состоянием пациента, а по ее окончании — узнать о его самочувствии.

Если состояние пациента ухудшилось, следует прекратить выполнение манипуляции и срочно вызвать врача, а до его прихода оказать пациенту доврачебную помощь.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ

Матрац должен иметь ровную, упругую поверхность без бугров и впадин. На него необходимо постелить простыню.

Простыня должна быть такого размера, чтобы матрац был закрыт ею не только сверху, но и по бокам и с торцов. Края простыни не должны свисать, их следует подвернуть под матрац. Чтобы простыня не сбивалась и не образовывала складок, можно прикрепить ее к краям матраца английскими булавками.

Лежачим пациентам под пояснично-крестцовую область необходимо подкладывать клеенку (на простыню), застилая ее пеленкой. Для пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, клеенкой следует закрыть весь наматрачник или матрац, затем покрыть ее простыней, концы которой подворачиваются под наматрачник или матрац, чтобы она не сбивалась.

На подушки необходимо надеть наволочки и положить их в головной конец кровати. Подушки должны быть среднего размера. Одеяло следует заправить в пододеяльник и аккуратно расправить его.

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Смена белья должна проводиться регулярно (не реже 1 раза в 7 дней). Загрязненное выделениями пациентов белье подлежит замене безотлагательно.

Грязное белье пациентов должно собираться в отделениях в специальную непроницаемую тару (пластиковые или полиэтиленовые мешки), специально оборудованные бельевые тележки и передаваться в центральную бельевую.

Запрещается разборка грязного белья в отделениях. Временно хранить (не более 12 часов) грязное белье в отделениях следует в санитарных комнатах или других специально отведенных для этой цели помещениях в закрытой таре (металлические, пластмассовые бачки, плотные ящики и другие емкости, подвергающиеся дезинфекции).

Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен сменной санитарной одеждой (халат, шапочка, перчатки, маска).

Чистое белье хранится в специально выделенных помещениях (бельевых). В отделениях должен иметься суточный запас чистого белья в отдельных помещениях или отдельных местах на постах медсестер либо в других помещениях при наличии специально выделенных для этих целей встроенных или обычных шкафов.

Белье и тара должны быть промаркированы, хранение в отделении немаркированного белья не допускается.

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Для смены постельного белья необходимо иметь в наличии: комплект постельного белья для пациента, сменную санитарную одежду (халат, шапочка, перчатки, маска), емкость для сбора грязного белья.

Смена постельного белья способом поперечного сворачивания простыни. Смену постельного белья данным способом проводят в тех случаях, когда пациенту разрешается присаживаться в постели.

Необходимо помнить, что одному человеку переместить пациента очень тяжело, поэтому во избежание получения травм перемещать его необходимо двум и более лицам.

Порядок смены постельного белья следующий:

1. Вымыть руки. Надеть перчатки.
2. Поставить у кровати емкость для сбора грязного белья.
3. Положить на тумбочку (табурет) рядом с кроватью пациента комплект чистого постельного белья.
4. Взять чистую простыню, скатать ее валиком (рулоном) по ширине и повесить на спинку кровати.
5. Убрать подушку из-под головы пациента. Для этого необходимо встать сбоку от кровати (слева от пациента), лицом к изголовью, расставить ноги на ширину 30 см, согнуть их в коленях и осторожно приподнять верхнюю часть туловища пациента. Для этого следует попросить пациента снизу обнять левое плечо ухаживающего правой рукой; затем необходимо просунуть правую руку под левой рукой пациента, захватив его левое плечо так, чтобы правая рука ухаживающего была подложена под плечи и шею пациента (попросить пациента помогать по мере его сил левой рукой); поднять голову и плечи пациента, перенося свой вес назад, в сторону ножной части кровати.
6. Попросить помощника во время удержания пациента взять подушку, сменить наволочку, взбить подушку и положить ее на спинку кровати, скатать грязную простыню по направлению от изголовья кровати к пояснице пациента, положить чистую скатанную в рулон простыню у изголовья кровати, раскатать ее до поясницы пациента, положить подушку на кровать.
7. Аккуратно уложить голову пациента на подушку.

8. Приподнять область таза пациента. Для этого следует расставить ноги на ширину 30 см, согнуть их в коленях, просунуть обе руки под пояснично-кресцовую область пациента и приподнять его таз.

9. Попросить помощника во время удержания пациента убрать грязную простыню (скатать от поясицы к ногам), раскатать на освободившемся месте чистую простыню, постелить (при необходимости) клеенку, накрыв ее пеленкой.

10. Опустить пояснично-кресцовую область тела пациента на кровать.

11. Приподнять нижние конечности пациента. Для этого необходимо расставить ноги на ширину 30 см, согнуть их в коленях, просунуть обе руки под нижние конечности пациента и приподнять их.

12. Попросить помощника во время удержания пациента убрать грязную простыню в емкость для сбора грязного белья, расправить на свободном месте чистую простыню.

13. Опустить нижние конечности пациента на кровать.

14. Натянуть простыню и заправить ее края под матрац.

15. Снять грязный пододеяльник с одеяла, поместить его в емкость для сбора грязного белья и надеть чистый.

16. Укрыть пациента одеялом.

17. Вынести емкость с грязным бельем в место временного хранения.

18. Снять перчатки, обработать их и поместить в емкость для сбора отходов, вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.

19. Сдать в стирку или выстирать самостоятельно использованное белье.

Смена постельного белья способом продольного сворачивания простыни. Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Надеть сменную санитарную одежду.

2. Свернуть чистую простыню валиком по длине до половины.

3. Из-под головы пациента убрать подушки.

4. Повернуть пациента на бок и поддержать в этом положении.

5. Скатать свободную часть грязной простыни по направлению к пациенту и расстелить чистую простыню на освободившейся части постели.

6. Повернуть пациента на спину, затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.

7. Убрать грязную простыню.

8. Расстелить вторую половину чистой простыни, подвернуть края под матрац.

9. Сменить наволочки, поднять голову пациента, положить подушки и опустить на них голову пациента.

10. Сменить пододеяльник, укрыть пациента.

11. Положить грязное белье в емкость для сбора белья.

12. Снять сменную санитарную одежду и вымыть руки.

СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Для смены нательного белья необходимо иметь в наличии: комплект нательного белья для пациента, сменную санитарную одежду (халат, шапочка, перчатки, маска), емкость для сбора грязного белья.

Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Надеть сменную санитарную одежду.
2. Приподнять верхнюю половину туловища пациента.
3. Подвести руку под спину пациента, поднять край рубашки со спины до подмышечной области и затылка и снять рубашку сначала с головы, а затем с рук.
4. Надеть рубашку на пациента в обратном порядке: сначала рукава, затем рубашку (перекинуть через голову пациента и расправить под ним).
5. Положить грязную рубашку в емкость для сбора белья.
6. Снять сменную санитарную одежду, перчатки, поместить в емкость с дезраствором.
7. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.

Пациентам, находящимся на строгом постельном режиме, надевают рубашку-распашонку. Если у пациента повреждена рука, то сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашку наоборот: начинают с больной руки, затем пропускают рубашку через голову по направлению к крестцу пациента.

УХОД ЗА КОЖЕЙ

Содержать кожу пациента в чистоте, чтобы она правильно функционировала, особенно важно.

Пациенты, находящиеся на общем режиме, при отсутствии противопоказаний моются в ванне или под душем не реже одного раза в 7–10 дней. В эти же сроки производится смена нательного и постельного белья с отметкой в истории болезни. Ежедневно утром и вечером перед сном пациенты должны умываться. Перед каждым приемом пищи они обязательно моют руки с мылом.

Пациентам, находящимся на постельном режиме, медицинская сестра помогает умыться, поливая из кувшина над тазом, или умывает их с помощью мягкой губки, смоченной в теплой воде.

У тяжелобольных медицинская сестра ежедневно должна протирать кожу ватным тампоном, смоченным в теплой воде с жидким мылом или в теплом камфорном спирте и других растворах. После обтирания следует тщательно высушить кожу промокательными движениями, если кожа сухая — использовать увлажняющий или питательный крем. Лицо, шею, руки тяжелобольного моют ежедневно 2 раза в день теплой водой с помощью

губки. Ноги и голову также моют в постели. Ноги следует мыть 2–3 раза в неделю в тазике, который ставят на кровать.

Пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, а также тяжелобольных после каждого акта дефекации и мочеиспускания необходимо подмывать.

Подмышечные области, паховые складки, складки кожи под молочными железами, особенно у людей с повышенной потливостью и тучных пациентов, следует мыть дважды в день теплой водой, затем тщательно высушивать, в противном случае там будут развиваться опрелости. Защитные свойства поврежденной кожи снижаются, и через нее могут проникать микроорганизмы.

Профилактика опрелостей проводится для того, чтобы предотвратить повреждение кожи при ее загрязнении и изменении функции сальных и потовых желез в кожных складках и углублениях у пациентов с ограниченной двигательной активностью.

Порядок проведения процедуры следующий:

1. Надеть сменную санитарную одежду.
2. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
3. Провести профилактический осмотр подмышечных впадин, паховых складок, складок под молочными железами, которые необходимо припудривать присыпкой.
4. Просушить марлевой салфеткой области, на которые будет наноситься порошок.
5. Перевернуть вверх дном емкость с порошком (в крышке должно быть несколько мелких отверстий) и встряхивающими движениями равномерно нанести порошок на поверхность кожи (припудрить кожу).
6. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
7. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

ПРОЛЕЖНИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Пролежни — это язвенно-некротические и дистрофические изменения тканей, возникающие на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующиеся вследствие нейротрофических нарушений у ослабленных, длительно лежащих пациентов. Различают экзогенные и эндогенные пролежни.

В развитии *экзогенных пролежней* главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Наружные экзогенные пролежни чаще возникают в местах, где между кожей, подвергающейся давлению, и подлежащей костью нет мышц (например, в области затылка, лопаток, мышечков бедра, локтевого отростка, крестца и др.). Как

правило, они наблюдаются у пациентов, длительно находящихся в вынужденном положении, а также при неправильно наложенных гипсовых повязках или шинах, неточно подогнанных протезах, корсетах и лечебных ортопедических аппаратах, при наличии складок на одежде и простынях. Внутренние экзогенные пролежни образуются под жесткими дренажами, катетерами и другими средствами, длительно находящимися в ране, полости или органе.

Эндогенные пролежни развиваются при выраженных нейротрофических расстройствах и нарушениях кровообращения. Условно выделяют смешанные и нейротрофические эндогенные пролежни. Смешанные встречаются у ослабленных, истощенных пациентов, которые не в состоянии самостоятельно изменить положение тела или конечности. Длительная неподвижность приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии кожи в области костных выступов и образованию пролежней. Эндогенные нейротрофические пролежни возникают у пациентов с повреждением спинного мозга или крупных нервов, с инсультом или опухолью головного мозга. Нарушение иннервации обуславливает резкие нейротрофические расстройства в тканях, в том числе в коже, в связи с чем для образования пролежней оказывается достаточно массы собственной кожи над костными выступами (например, над верхними передними остями подвздошных костей, над реберными дугами и др.).

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми и необратимыми, внутренними и внешними. К внутренним обратимым факторам относятся:

- истощение;
- ограниченная подвижность;
- анемия;
- недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты;
- обезвоживание;
- гипотензия;
- недержание мочи и (или) кала;
- неврологические расстройства (сенсорные, двигательные);
- нарушение периферического кровообращения;
- истонченная кожа;
- беспокойство;
- спутанное сознание, кома.

К внутренним необратимым факторам относится старческий возраст.

Внешние обратимые факторы включают:

- плохой гигиенический уход;
- складки на постельном и (или) нательном белье;
- поручни кровати;
- средства фиксации пациента;
- травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости;

- повреждение спинного мозга;
- применение цитостатических лекарственных средств;
- неправильное перемещение пациента в кровати.

К необратимым внешним факторам относится обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 часов.

Как правило, пролежни возникают в крестцовой, седалищной и вертельной областях (70 % случаев). Несколько реже встречаются пролежни пяток, локтевой и лодыжечной областей, грудного отдела позвоночника, ушной раковины. Еще реже они развиваются в области затылка, сосцевидного и акромиального отростков, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп и в складках молочных желез.

Места локализации пролежней при различных положениях пациента следующие:

- положение на спине (наибольшее количество мест, где могут образоваться пролежни): позвоночник, лопатки, локти, тазовые кости, крестец, шов ягодиц, седалищные кости, пятки;
- положение на животе (риск возникновения пролежней меньше): подбородок, ребра, колени, внутренняя сторона колен, берцовые кости, пальцы ног, бедренные кости;
- положение на боку (используется реже): лодыжки, колени, область тазобедренного сустава, плечо, ухо;
- положение сидя: лопатки, нижняя часть крестца, шов ягодицы, седалищные кости, подушечки пальцев, пятки.

Нередко пролежни приводят к осложнениям, наиболее серьезным из которых является сепсис. Во многих случаях развивается гнилостная и анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей (некротический целлюлит, некротический фасциит, некротический миозит).

На разных участках тела могут быть пролежни различных стадий. Клиническая картина в зависимости от стадии следующая (рис.):

- I стадия: устойчивая гиперемия кожи, характеризующаяся как венозная эритема и не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;
- II стадия: стойкая гиперемия кожи с небольшими по площади поверхностными повреждениями кожи. Изменения эпидермиса сводятся к его истончению, шелушению и образованию пузырьков. Венозный застой вызывает нарушение питания тканей и их иннервации, а избыток жидкости — мацерацию. Может определяться поверхностная язва в виде ссадины, пузыря или неглубокого кратера;
- III стадия: некротическое поражение кожи на всю глубину, характеризующееся вовлечением в процесс глубоких слоев, подкожной клетчатки и мышц, гнойным типом воспаления и начинающимися процессами некроза, но не глубже фасции. Визуально пролежень выглядит как рана с

нагноением или без него, в центре которой определяется кратер, иногда черного цвета, с отечными и гиперемированными окружающими тканями;

– IV стадия: локальная полость или дефект, образованный в результате не только обширного поражения кожи, включая подкожную клетчатку, но и некроза или разрушения более глубоких структур (мышц, костей, сухожилий, связок, капсул суставов). Края полости — стенки дефекта, на которых продолжается гнойное воспаление.

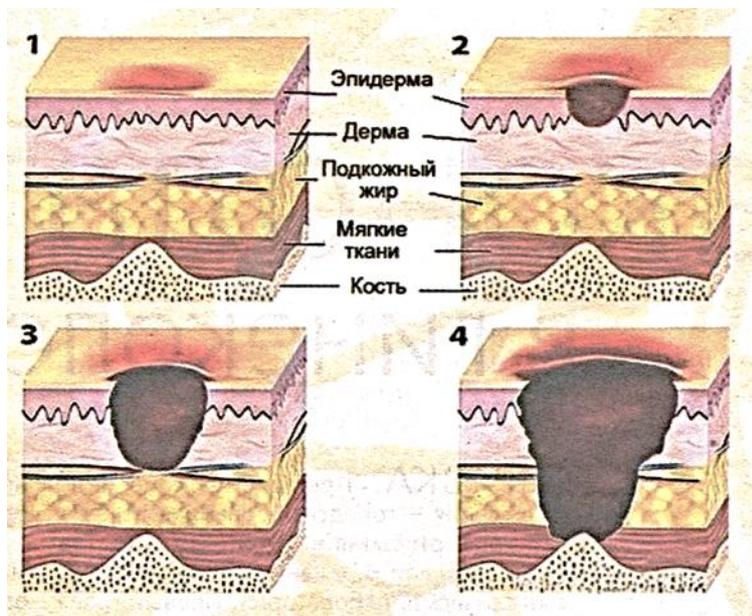


Рис. Стадии пролежней

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременной диагностике риска развития пролежней;
- своевременному началу проведения всего комплекса профилактических мероприятий;
- правильной технике выполнения простых медицинских процедур, в том числе по уходу за пациентом.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на следующее:

- уменьшение давления на костные ткани;
- предупреждение трения и сдвига тканей при перемещении пациента или его неправильном положении («сползание» с подушек, положение сидя в кровати или на кресле);
- наблюдение за кожей над костными выступами;
- поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности;
- обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- обучение близких мероприятиям по профилактике пролежней.

Предупредить пролежни легче, чем лечить, но они могут развиваться даже при идеальном уходе. Основным способом профилактики является частое изменение положения тела пациента без повреждения кожи и с минимальным давлением на нее в уязвимых областях. Важен уход за кожей, регулярная оценка состояния. Ежедневный осмотр помогает своевременно выявить ранние признаки пролежней.

Менять положение тела пациента нужно не реже 1–2 раз в 2 часа. Если у человека достаточно сил, можно повесить над кроватью перекладину и предложить ему подтягиваться. Не рекомендуется использовать для перемещения простыни — они травмируют кожу. Специальные подушки и матрацы, наполненные водой или воздухом, помогают придать телу пациента нужное положение, уменьшить давление на уязвимые участки и защитить кожу от повреждения. Подъем изголовья кровати не должен превышать 30°. Для защиты костных выступов используют подкладки под крестец, бедра, колени и пятки. Традиционные ватно-марлевые и поролоновые кольца и подушечки для предупреждения пролежней не всегда препятствуют их возникновению — при неправильном расположении вместо снятия давления они могут спровоцировать образование пролежней, если в местах соприкосновения тела с внутренним краем кольца нарушается микроциркуляция и трофика тканей.

Постельное белье должно быть хлопчатобумажным, а одеяло — легким. Последствия недержания мочи или кала должны устраняться сразу же, необходимо часто менять подгузники и подкладные пеленки, наносить на неповрежденную кожу защитные лосьоны, использовать моче- и калоприемники. Массаж, включая участки риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа), нужно делать после нанесения на кожу питательного крема.

Пациент, пользующийся инвалидным креслом, должен менять положение тела (если это возможно) самостоятельно каждые 15 минут или с посторонней помощью каждый час. Специализированные кресла с различными устройствами переменного давления позволяют менять положение тела и уменьшают давление на уязвимые участки. Рекомендуется использовать различные прокладки, наполненные водой или воздухом.

Важно следить за правильным питанием. Суточный рацион должен содержать достаточное количество калорий. В него необходимо включать продукты, содержащие цинк, железо и другие полезные микроэлементы (пролежни часто образуются вследствие их дефицита), — молочные продукты, рыбу, птицу, мясные бульоны, куриные яйца. Нужно есть больше овощей и фруктов.

Лечение пролежней проводится с учетом глубины и размера дефекта и в большинстве случаев позволяет добиться положительных результатов. Консервативные методы применяются при небольших поверхностных пролежнях, хирургическая помощь требуется при глубоких дефектах.

Наиболее эффективна пластика полнослойным кожно-мышечным лоскутом. При больших поверхностных пролежнях методом выбора является свободная кожная пластика.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ

Медицинская сестра утром и вечером причесывает пациентов, которые не могут делать это самостоятельно (пациентов с ограниченной двигательной активностью). Расческа должна быть индивидуальной.

Раз в неделю пациенту моют голову в постели. Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Сдвинуть пациента к ножному концу кровати (ноги согнуты в коленях).
2. Подложить под плечи пациента возвышение, накрытое клеенкой и пленкой.
3. Поставить таз у головного конца кровати под запрокинутую голову.
4. Вымыть голову, ополоснуть теплой водой.
5. Вытереть голову насухо, расчесать.
6. Покрыть голову полотенцем или косынкой (до полного высыхания).
7. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

УХОД ЗА НОГТЯМИ

Уход за ногтями осуществляется с целью соблюдения гигиенических правил при отсутствии у пациента самостоятельных навыков и ограничении двигательной активности.

Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Надеть перчатки.
2. Добавить в емкость с теплой водой немного жидкого или обычного мыла, опустить в нее кисть пациента на 2–3 минуты.
3. Поочередно извлекая пальцы из воды и вытирая их, аккуратно обрезать ногти, оставив 1–2 мм наружного края ногтевой пластины, обработать ногти пилочкой, щеточкой для ногтей, ополоснуть кисть, вытереть насухо.
4. Обработать вторую кисть.
5. Добавить в емкость с теплой водой немного мыла, поместить в нее стопы пациента на 3–5 минут, остричь ногти так же, как на кистях (используя специальные щипчики), обработать их пилочкой, ополоснуть стопы,

вытереть насухо, при сухости кожи смазать кисти и стопы смягчающим кремом.

6. Погрузить отработанные инструменты в дезинфицирующий раствор.

7. Снять перчатки.

8. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.

9. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ЗУБАМИ

Пациенты должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы и после каждого приема пищи полоскать рот. Тяжелобольным следует 2 раза в день протирать и промывать полость рта и зубы антисептическим раствором.

Протираание полости рта. Для проведения указанной гигиенической процедуры необходимы: шпатель, ватные шарики, пинцет, антисептический раствор (2%-ный раствор натрия гидрокарбоната), перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость с дезинфицирующим раствором, шприц Жане, клеенка, почкообразный лоток, лоток для отработанного материала.

Порядок проведения процедуры следующий:

1. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем, надеть перчатки.

2. Придать пациенту полусидячее положение с несколько наклоненной вперед головой или повернуть голову набок, если пациент лежит; шею и грудь прикрыть клеенкой.

3. Попросить пациента открыть рот. Если у пациента имеются съемные зубные протезы, их необходимо вынуть, тщательно со всех сторон вымыть и насухо протереть. Хранить протезы в стакане с водой не рекомендуется, т. к. во влажной среде хорошо сохраняются микробы, находящиеся на поверхности протеза.

4. Конец языка обернуть стерильной марлевой салфеткой и левой рукой вытянуть изо рта.

5. Правой рукой при помощи пинцета взять ватный шарик, смочить его антисептическим раствором и снять налет с поверхности языка.

6. Отпустить язык, сменить шарик и протереть зубы с внутренней и наружной стороны, особенно у шеек. При протирании верхних коренных зубов нужно шпателем оттянуть щеки, чтобы не внести инфекцию в выводной проток околоушной железы. По этой же причине не рекомендуется протирать слизистую оболочку щек.

7. Попросить пациента прополоскать рот теплой кипяченой водой. Если пациент не в состоянии это сделать, промыть полость рта.

Промывание полости рта. Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Набрать в шприц Жане антисептический раствор.
2. Повернуть голову пациента на бок, шею и грудь закрыть клеенкой, а под подбородок подставить лоток.
3. Оттянуть шпателем угол рта и струей раствора под умеренным давлением промыть сначала преддверие рта, а затем и полость рта.
4. Провести дезинфекцию использованного инструментария.
5. Снять перчатки и погрузить в дезинфицирующий раствор.
6. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
7. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Утренний туалет глаз осуществляется с целью соблюдения правил личной гигиены у тяжелобольных.

Для проведения туалета глаз необходимы: 0,02%-ный раствор фурацилина, мыло, индивидуальное полотенце, стерильные перчатки, стерильный лоток, стерильный пинцет, 10 стерильных ватных тампонов, емкость для отработанного материала.

Порядок выполнения процедуры следующий:

1. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем, надеть стерильные перчатки.
2. В стерильный лоток положить 8 тампонов и залить их 0,02%-ным раствором фурацилина, подогретым до 36 °С.
3. Взять тампон из лотка, слегка отжать его и протереть им ресницы и веко по направлению от наружного угла глаза к внутреннему. Повторить протирание еще два раза разными шариками.
4. Промокнуть остатки раствора сухим шариком.
5. Обработать второй глаз в той же последовательности.
6. Провести дезинфекцию использованного инструментария по вирулицидному режиму.
7. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
8. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

Промывание глаз осуществляется при наличии выделений, склеивающих ресниц и век.

Для промывания глаз необходимы: манипуляционный стол, два стерильных глазных стаканчика, стерильные марлевые шарики, антисептический или лекарственный раствор для глаз (0,02%-ный раствор фурацилина,

настой аптечной ромашки, отвар василька синего), стерильный пинцет, мыло, индивидуальное полотенце, стерильные перчатки, лоток для отработанного материала.

Последовательность выполнения процедуры следующая:

1. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем, надеть стерильные перчатки.
2. Выставить на манипуляционный стол необходимое оснащение.
3. Налить в глазной стаканчик 0,02%-ный раствор фурацилина, подогретый до 36 °С.
4. Попросить пациента наклонить голову так, чтобы веки погрузились в раствор, прижать стаканчик к коже и поднять голову пациента; жидкость при этом не должна выливаться.
5. Попросить пациента поморгать в течение 1 минуты, а затем опустить голову.
6. Отнять стаканчик от глаза.
7. Промокнуть остатки раствора сухим шариком.
8. Промыть второй глаз в той же последовательности, используя другой стаканчик.
9. Провести дезинфекцию использованного инструментария.
10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
11. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

УХОД ЗА УШАМИ

Пациенты, находящиеся на общем режиме, моют уши во время ежедневного утреннего туалета самостоятельно. Пациентам, находящимся на постельном режиме, следует проводить туалет наружных слуховых проходов раз в неделю.

Для ухода за ушами необходимы: манипуляционный стол, 3%-ный раствор перекиси водорода, пипетки, мятная турунда, перчатки, мыльный раствор в лотке, марлевые салфетки.

Порядок проведения процедуры следующий:

1. Вымыть руки с жидким мылом, осушить индивидуальным полотенцем, надеть перчатки.
2. Выставить на манипуляционный стол необходимое оснащение.
3. Смочить салфетку в мыльном растворе, протереть ушную раковину пациента и позади нее, вытереть сухой салфеткой.
4. Наклонить голову пациента в противоположную сторону, оттянуть ушную раковину назад и вверх.

5. Закапать в слуховой проход 2–3 капли 3%-ного раствора перекиси водорода.
6. Оставить пациента в таком положении на 5 минут.
- 7.левой рукой оттянуть ушную раковину кзади и кверху, правой осторожно ввести ватную турунду в наружный слуховой проход и легким вращением очистить его.
8. Обработать другой слуховой проход таким же способом.
9. Провести дезинфекцию использованного инструментария.
10. Снять перчатки, вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
11. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ НОСА

Уход за полостью носа показан при затруднении носового дыхания, выделении обильной слизи, образовании корочек в носу у тяжелобольных.

Для ухода за полостью носа необходимы: манипуляционный стол, ватные турунды, вазелиновое масло, мыло, индивидуальное полотенце, перчатки, лоток для отработанного материала.

Порядок проведения процедуры следующий:

1. Вымыть руки с жидким мылом, осушить индивидуальным полотенцем, надеть перчатки.
2. Выставить на манипуляционный стол необходимое оснащение.
3. Запрокинуть голову пациента.
4. При наличии слизи удалить ее ватными турундами, вводя их в носовой ход осторожными вращательными движениями.
5. При наличии корочек удалить их, введя турунду, смоченную в вазелиновом масле, на 2–3 минуты (свободный конец турунды находится в отверстии ноздри).
6. Поочередно обработать каждый носовой ход.
7. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
8. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Вид транспортировки пациента зависит от следующего:

- а) тяжести состояния пациента;
- б) наличия медицинского персонала для транспортировки;
- в) желания пациента.

2. Выделяют следующие виды индивидуального режима двигательной активности пациентов:

- а) строгий постельный режим, постельный режим, палатный режим, общий режим;
- б) лежачий, ходячий;
- в) активный, пассивный.

3. Положение пациента в постели может быть:

- а) активным, пассивным, вынужденным;
- б) свободным, ограниченным;
- в) лежачим, сидячим.

4. Пролежни — это:

- а) язвенно-некротические и дистрофические изменения тканей, возникающие на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующиеся вследствие нейротрофических нарушений у ослабленных, длительно лежачих пациентов;
- б) долго незаживающие раны после оперативных вмешательств;
- в) травмирование кожных покровов после наложенных гипсовых повязок, корсетов, протезов.

5. Клиническая картина пролежней включает:

- а) 2 стадии;
- б) 3 стадии;
- в) 4 стадии.

6. Для I стадии пролежней характерно:

- а) устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;
- б) чередование побледнения и покраснения кожных покровов;
- в) покраснение кожных покровов с зудом, пузырями.

7. Для II стадии пролежней характерно:

- а) гиперемия кожи, переходящая в побледнение, с нарушением чувствительности;
- б) стойкая гиперемия кожи с небольшими поверхностными повреждениями кожных покровов; истончение, шелушение эпидермиса и образование пузырьков;
- в) язвенно-некротические изменения кожи в виде свищей.

8. Для III стадии пролежней характерно:

- а) гиперемия кожных покровов с пузырями;
- б) бледность кожных покровов с нарушением чувствительности;
- в) некротическое поражение кожи на всю глубину с вовлечением глубоких слоев, подкожной клетчатки и мышц.

9. Для IV стадии пролежней характерно:

- а) наличие локальной полости или дефекта, образованного в результате не только обширного поражения кожи, но и некроза или разрушения более глубоких структур;
- б) геморрагические изменения кожных покровов;
- в) бледность кожных покровов с геморрагическими и папулезными высыпаниями.

Ответы: 1 — а; 2 — а; 3 — а; 4 — а; 5 — в; 6 — а; 7 — б; 8 — в; 9 — а.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Юпатов, Г. И. Общий уход за больными (терапия) / Г. И. Юпатов, Э. А. Доценко, В. В. Ольшанникова. Витебск : ВГМУ, 2007. 191 с.
2. Заликина, Л. С. Уход за больными : учеб. / Л. С. Заликина. Москва : Медицинское информационное агентство, 2008. С. 120–140.
3. Давление пролежня / В. Я. Хрыщанович [и др.] // Медицинский вестник. 2018. № 13. С. 10–12.

Дополнительная

4. Фролов, Л. А. Общий уход за больными : учеб. пособие / Л. А. Фролов. Минск : БГУ, 2001. С. 15–22, 68–81.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Введение	3
Транспортировка пациента в отделение	4
Режим двигательной активности пациента	5
Личная гигиена пациента	6
Приготовление постели	7
Смена постельного и нательного белья тяжелобольному	7
Уход за кожей	10
Пролежни и их профилактика.....	11
Уход за волосами.....	16
Уход за ногтями.....	16
Уход за полостью рта и зубами	17
Уход за глазами	18
Уход за ушами	19
Уход за полостью носа.....	20
Самоконтроль усвоения темы.....	21
Список использованной литературы.....	22

Учебное пособие

Копать Тереса Тадеушевна
Змачинская Ирина Михайловна

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТОВ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 14.11.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,05. Тираж 99 экз. Заказ 748.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.