

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

И. М. Змачинская, Т. Т. Копать

**НАБЛЮДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ УХОД
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЯХ. ПАЛЛИАТИВНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616-036.882-08-039.75-083(075.8)
ББК 53.5я73
3-69

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 17.05.2023 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. терапии Белорусской медицинской академии последипломного образования М. В. Штонда; 1-я каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета

Змачинская, И. М.

3-69 Наблюдение и медицинский уход за пациентами при терминальных состояниях. Паллиативная медицинская помощь : учебно-методическое пособие / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать. – Минск : БГМУ, 2023. – 39 с.

ISBN 978-985-21-1413-4.

Содержит характеристику критических для жизни состояний, рекомендации по сердечно-легочной реанимации, принципы оказания паллиативной медицинской помощи.

Предназначено для студентов 2-го курса лечебного факультета и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616-036.882-08-039.75-083(075.8)
ББК 53.5я73

ISBN 978-985-21-1413-4

© Змачинская И. М., Копать Т. Т., 2023
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 3 ч.

Неотложным состоянием в клинической практике принято считать патологические изменения, вызывающие быстрое ухудшение состояния пострадавшего и при отсутствии немедленной медицинской помощи, несущие в себе угрозу для жизни пациента.

Роль средних медицинских работников в купировании критических состояний пациентов чрезвычайно велика. Медицинская сестра чаще всего первая отмечает резкое ухудшение состояния пациента. От знаний, умений и четкости действий медицинского персонала зависит эффект реанимации и жизнь больного. Знание основ оказания неотложной помощи пациентам, находящимся в критическом для жизни состоянии, является аксиомой для медицинского работника.

Продление жизни человека и повышение шансов на выживание при заболеваниях, которые раньше неизбежно приводили к смерти, несомненно, является одним из важнейших достижений современной медицины. Совершенствование медицинских технологий, особенно в реаниматологии, позволяет бороться за жизнь в ситуациях, еще вчера считавшихся безнадежными. В то же время борьба со смертью длительное время, особенно при медленно прогрессирующих, не поддающихся лечению заболеваниях, порождает множество экономических, социальных и правовых проблем, связанных с оказанием медицинской помощи и уходом за неизлечимо больными людьми.

Цель занятия: освоить методику мониторинга состояния пациента, а также порядок осуществления мероприятий сердечно-легочной реанимации, ознакомить с оказанием паллиативной медицинской помощи пациентам.

Задачи занятия:

- усвоить методику мониторинга состояния пациента;
- ознакомиться с протоколом мониторинга;
- освоить методику оценки стадий терминального состояния: преагонии, агонии, клинической смерти;
- освоить методику осуществления мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- освоить методику ухода за лицами пожилого и старческого возраста;
- ознакомиться с основными положениями паллиативной медицинской помощи.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

- из нормальной анатомии: анатомическое строение органов и систем органов;
- нормальной физиологии: функции органов и систем органов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «терминальное состояние».

2. Характеристика стадий терминального состояния: предагонии, агонии, клинической смерти.
3. Методика мониторингования состояния пациента.
4. Характеристика стадий и этапов сердечно-легочной реанимации.
5. Методика осуществления мероприятий сердечно-легочной реанимации.
6. Особенности медицинского ухода за лицами пожилого и старческого возраста.
7. Определение понятия «паллиативная медицинская помощь».
8. Виды паллиативной медицинской помощи.
9. Основные принципы оказания паллиативной медицинской помощи.
10. Подходы к осуществлению паллиативной медицинской помощи.

ВВЕДЕНИЕ

Диапазон заболеваний, при которых могут возникнуть критические для жизни состояния, весьма велик. Это могут быть как длительно текущие хронические заболевания, так и внезапно развившиеся острые.

Тяжесть состояния пациента определяется степенью нарушения основных функций организма. При всем многообразии этиологических факторов и причин их патогенез неизменно включает такие патофизиологические сдвиги, как гипоксия, расстройства гемодинамики и особенно микроциркуляции, почечная и печеночная недостаточность, нарушение водно-солевого обмена и кислотно-щелочного состояния, гемостаза и т. д. Оценка степени изменения анатомо-физиологических основ жизненно важных функций служит основой патогенеза неотложных состояний, требующих немедленного действия медицинского персонала.

Пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии госпитализируются либо переводятся для дальнейшего лечения в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Возникновение критических пограничных со смертью состояний — относительно частое явление.

Реанимация — система мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма и выведения его из терминального состояния. Терминальное состояние развивается вследствие различных причин (профузное кровотечение, кровоизлияние в мозг, внезапная остановка кровообращения и др.).

Терминальное состояние (ТС) — это пограничное состояние между жизнью и смертью, которое характеризуется грубыми нарушениями всех жизненно важных органов, а также процессов метаболизма.

Выделяют три стадии ТС:

- предагония;
- агония;
- клиническая смерть.

Преагональное состояние. Сознание резко угнетено или отсутствует. Кожные покровы бледные или цианотичные. АД прогрессивно уменьшается вплоть до нуля, пульс на периферических артериях нитевидный, но еще удовлетворительного наполнения на сонных и бедренных артериях. На первоначальных этапах отмечается тахикардия с последующим переходом в брадикардию или брадиаритмию. Дыхание быстро переходит из тахи- в брадиформу. Нарушаются стволовые рефлексy, могут появиться патологические. Тяжесть состояния быстро усугубляется нарастающим кислородным голоданием и тяжелыми метаболическими нарушениями. Дыхание становится поверхностным и частым. Зрачки умеренно расширены, реакция их на свет снижена. Особо следует подчеркнуть центральный генез вышеуказанных нарушений.

Переходным этапом от предагонального состояния к агонии является так называемая *терминальная пауза*, которая характеризуется внезапным прекращением дыхания и угасания роговичных рефлексов. Длительность данной паузы от нескольких секунд до 3 мин. Затем наступает второй период умирания — **агония**, в результате которой исчезает болевая чувствительность, угасают все рефлексy, наступает потеря сознания. Основным признаком агонии является нарушение дыхания, которое может быть слабым, редким или наоборот, коротким и максимальным вдохом и быстрым выдохом с большой амплитудой дыхания при участии вспомогательной мускулатуры и мимических мышц лица, резким цианозом кожных покровов.

При каждом вдохе голова запрокидывается, рот широко раскрывается. Ритм сердечных сокращений постепенно замедляется, пульс становится нитевидным, еле прощупывается. Артериальное давление снижается до 20–40 мм рт. ст., иногда может развиться ригидность затылочных мышц и общие тонические судороги. Появляется непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Температура тела резко снижается. Продолжительность агонии зависит от причин смерти.

Смерть — это прекращение жизнедеятельности организма. Различают клиническую и биологическую смерть.

При **клинической смерти** возможно оживление организма. Для нее характерны остановка дыхания и сердечной деятельности, расширение зрачков. Однако в этот период основные обменные процессы продолжают еще в течение 4–7 мин за счет анаэробного гликолиза. Диагностика осуществляется на основании отсутствия сердечной деятельности, дыхания, а также отсутствия рефлексов.

Вслед за клинической смертью наступает **биологическая смерть**, которая характеризуется такими нарушениями в центральной нервной системе, при которых восстановление жизнедеятельности организма невозможно. При биологической смерти наступает расслабление мышц, охлаждение тела до температуры окружающей среды. Позднее появляются трупные пятна на нижележащих отделах тела.

Лечение пациентов, находящихся в критическом для жизни состоянии, как правило, проводится в реанимационном отделении или палатах интенсивного наблюдения.

Сердечно-легочная реанимация — это система неотложных мероприятий, выполняемых с целью выведения организма из ТС и последующего поддержания жизни.

По П. Сафару (1997) при проведении реанимации выделяется 3 стадии и 9 этапов.

Стадии и этапы сердечно-легочно-мозговой реанимации:

I стадия (элементарное поддержание жизни):

- А (airway open control);
- В (breathing);
- С (circulation).

Первая стадия осуществляется немедленно на месте происшествия любым лицом, владеющим приемам оказания помощи на первых трех этапах (ABC).

II стадия (дальнейшее поддержание жизни):

- D (drugs and fluids);
- E (ECG);
- F (fibrilatio).

Вторая стадия предполагает привлечение специально обученного медицинского персонала, имеющего соответствующую аппаратуру и необходимые медикаменты.

III стадия (длительное поддержание жизни):

- G (gauging);
- H (human mentation);
- I (intensive care).

Третья стадия лечения осуществляется в условиях реанимационного отделения.

С 2010 г. классическая схема ABC (восстановления проходимости дыхательных путей → простейшая искусственная вентиляция легких (ИВЛ) → закрытый массаж сердца) заменена иным порядком действий — ACB.

По-прежнему актуальна значимость так называемой цепи выживания — 5 этапов спасения пациента с остановкой кровообращения, без каждого из которых результат недостижим:

1) немедленная диагностика остановки кровообращения и вызовов помощи;

- 2) немедленное начало базисной реанимации грудной клетки;
- 3) максимально быстрая электроимпульсная дефибриляция;
- 4) расширенная реанимация, с применением специальных устройств и препаратов;
- 5) постреанимационное лечение.

В 2015 г. в этот список добавили значительный аспект: реанимация признана общественным делом, требующим участия всякого, кто оказался поблизости.

Необходимо учитывать фактор времени: помощь, оказанная в первые минуты, повышает выживаемость до 50–70 %. Но достичь таких показателей удастся исключительно безошибочными действиями.

Первая стадия САР включает три этапа:

1. Air way open — восстановить проходимость дыхательных путей.
2. Circulation his blood — приступить к ручной компрессии грудной клетки.
3. Breathe for victim — начать ИВЛ.

Методика выполнения. Основными реанимационными мероприятиями при клинической смерти являются *непрямой (закрытый) массаж сердца и искусственное дыхание*, которые должны проводить одновременно.

Непосредственная задача непрямого массажа сердца — восстановить циркуляцию крови в организме, это есть поддержать кровообращение в жизненно важных органах при отсутствии сердечной деятельности. Чем раньше назначат массаж сердца, тем лучше эффект. Следует помнить, что от момента остановки сердца до развития в головном мозге необратимых изменений проходит не более 4–6 мин. Именно в этот промежуток времени должны быть начаты и осуществлены реанимационные мероприятия.

Для усиленного проведения непрямого массажа сердца необходимо поместить пациента на жесткую поверхность (пол или стол). Врач становится сбоку и помещает одну ладонь на нижнюю треть грудины пациента, а другую ладонь накладывает на первую. Руки должны быть выпрямлены, а плечевой пояс должен находиться над грудной клеткой пациента. Компрессия осуществляется с частотой 100–120 в мин энергичным резким надавливанием на грудину пациента с использованием массы своего тела так, чтобы грудина смещалась на 5–6 см к позвоночнику. При этом сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь выбрасывается из желудочков в аорту и легочной ствол, т. е. осуществляется искусственное кровообращение. При прекращении компрессии на грудину она поднимается, и сердце наполняется кровью из полых вен. Только выполнив вначале 30 компрессий грудной клетки, подготавливают дыхательные пути к выполнению двух энергичных вдохов (рис. 1).

Основным условием эффективности искусственного дыхания является максимальное запрокидывание головы назад, при котором корень языка и надгортанник смещаются вперед и открывают свободный доступ воздуха

в гортань (рис. 2). Дыхательный объем при проведении искусственного дыхания должен составлять 700–800 мл, т. е. обычный дыхательный объем в состоянии покоя проводящего лица.

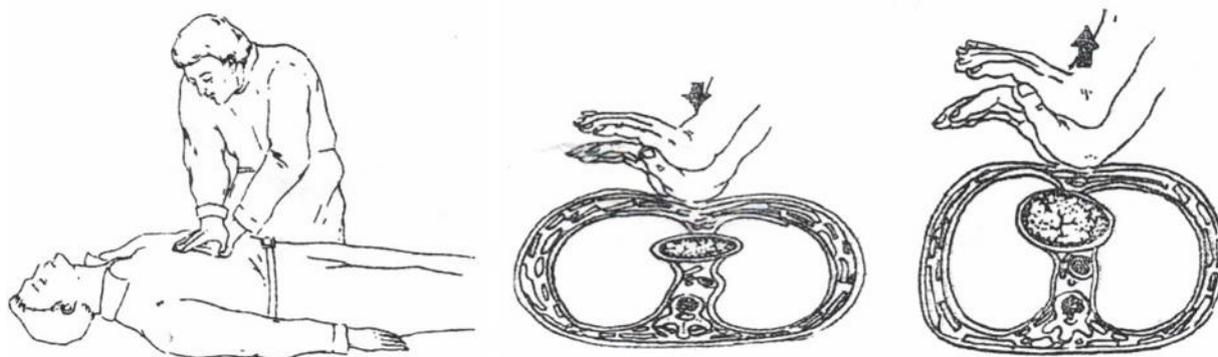


Рис. 1. Непрямой массаж сердца



Рис. 2. Положение головы пациента

При искусственном дыхании спасатель становится сбоку от пациента, одной рукой сжимает крылья носа, другой слегка приоткрывает рот за подбородок. После глубокого вдоха делает энергичный резкий выдох, затем отводит свою голову в сторону. Вдох осуществляется в течение одной секунды. Вентиляция легких эффективна, если видны подъем и опускание грудной клетки.

В настоящее время все реже используется искусственное дыхание по способу «рот в рот». Для этой цели используются S-образные воздуховоды, ротоносовая маска с лицевым obturatorом, мешок Альбу, одноразовые маски с клапаном однонаправленного потока воздуха и др.

Рекомендуется при проведении сердечно-легочной реанимации придерживаться соотношения компрессия/дыхание как 30 : 2 независимо от числа спасателей. Компрессия грудной клетки — 100–120 в мин. Вдох осуществляется каждые 6–8 с, таким образом, частота искусственного дыхания составляет 8–10 раз в мин. Более частое дыхание не оправдано.

Ручные компрессии грудной клетки остаются единственной рекомендованной техникой протезирования кровообращения (все реже говорим «закрытый массаж сердца»: камерой ручного насоса становится не только сердце, но и вся грудная клетка, т. е. осуществляется «пассивная» вентиляция легких за счет компрессии).

Перерывы в компрессиях должны быть минимальными, чтобы как можно дольше поддерживать движение «разогнанной» массы крови. Акцент на качество: частота компрессий — 100–120 в мин. Грудную клетку продавливать на 5–6 см, следить, чтобы после *каждого* толчка она полностью расправлялась.

Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации:

- появление пульса на сонных артериях;
- сужение зрачков;
- подъем систолического артериального давления до 70 мм рт. ст.

При вдохе грудная клетка поднимается и опускается, исчезает цианоз, возможно появление самостоятельного дыхания и сердечной деятельности.

Реанимационные мероприятия не должны прекращаться до прибытия профессиональных медицинских работников или до приезда бригады скорой помощи. Однако, если через 30 мин после начала массажа сердца и искусственного дыхания сердечная деятельность не восстанавливается, отсутствуют признаки эффективного и достаточного кровоснабжения головного мозга (зрачки остаются широкими и не реагируют на свет), продолжение реанимации можно считать не целесообразным, вследствие необратимых изменений в клетках головного мозга.

Если реанимационные мероприятия не приводят к восстановлению кровообращения и дыхания, наступает биологическая смерть (заполняется протокол установления смерти мозга, приложение № 1).

II и III стадии реанимационных мероприятий по П. Сафару осуществляются в условиях отделения реанимации.

ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ТРУПОМ

После констатации биологической смерти врачом и регистрации в медицинской карте стационарного пациента (дата, час, минуты констатации смерти) необходимо подготовить тело умершего пациента к переводу в патологоанатомическое отделение:

1. Поставьте ширму у кровати умершего (если в палате находятся другие пациенты) или увезите умершего в другое помещение.
2. Наденьте перчатки.
3. Уберите подушку из-под головы умершего.
4. Подложите фанерный щит под умершего или переложите его на твердую поверхность.
5. Снимите одежду с умершего.

6. Уложите умершего на спину.
 7. Опустите веки умершего.
 8. Подвяжите умершему нижнюю челюсть.
 9. Разогните конечности умершему.
 10. Накройте умершего простыней.
 11. Оставьте умершего на 2 ч в отделении.
 12. Перепишите вещи умершего, сложите в мешок для передачи родственникам.
 13. Снимите постельные принадлежности с койки умершего, включая матрац, подушки, одеяло, поместите в мешок и отправьте в дезкамеру для дезинфекции.
 14. Протрите кровать и тумбочку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
 15. Осмотрите умершего через 2 ч и при наличии достоверных признаков смерти (трупное окоченение, трупные пятна, снижение температуры тела) укажите ФИО, номер истории болезни, дату и время смерти на бирке из клеенки, которую во многих лечебных организациях прикрепляют к рукам или ногам умершего.
 16. Перевезите труп на специальной каталке в патологоанатомическое отделение с сопроводительной документацией, заполненной врачом.
 17. Снимите перчатки.
 18. Вымойте руки.
- Ценные вещи с умершего снимает в лечебном отделении медицинская сестра в присутствии врача и передает их на хранение старшей медицинской сестре, о чем составляется акт. Ценности и вещи умершего выдает родственникам под расписку старшая медицинская сестра отделения. Если снять с умершего ценные вещи не представляется возможным, в карте стационарного пациента должны быть перечислены все оставленные ценные вещи.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

При уходе за лицами пожилого (60–74) и старческого (75–90) возраста необходимо учитывать морфологические и физиологические изменения, которые происходят в организме со стороны:

- 1) *нервной системы*:
 - повышение уровня тревожности;
 - снижение уровня социальных контактов, возникает ситуация «трудный старик»;
 - изменение ритма сердца, бессонница;
 - психическая и поведенческая заторможенность;
 - развитие депрессивных состояний;

2) *сердечно-сосудистой системы:*

- снижение общего кровоснабжения тканей и органов;
- снижение приспособительных возможностей сосудов, особенно крупных (например, аорты);
- снижение энергетики миокарда;
- ослабление роли нервной регуляции, возрастание значимости гуморальных механизмов;
- развитие атеросклеротического процесса в сосудах;

3) *мочевыделительной системы:*

- снижение количества нефронов;
- снижение массы почек (паренхиматозная ткань замещается разрастающейся соединительной тканью);
- почечная фильтрация и выделительная функция ослабевает на 35–45 %;
- уменьшение мочевыделения (50 % от диуреза 20-летних людей);
- уменьшение размера мочевого пузыря, стенки которого становятся менее эластичными и снижается тонус сфинктера мочевого пузыря (приводят к недержанию мочи);
- развитие доброкачественной гипертрофии предстательной железы (нередко у мужчин);

4) *органов дыхания:*

- изменения костно-мышечного аппарата грудной клетки, в грудном отделе позвоночника;
- нарушение мукоцилиарного клиренса;
- легочная паренхима утрачивает свою эластичность;
- уменьшение вентиляционной способности легких;
- уменьшение легочного газообмена;

5) *органов пищеварения:*

- снижение силы жевательной мускулатуры;
- снижение чувствительности языка из-за уменьшения количества вкусовых рецепторов;
- выпадение зубов (хуже пережевывается и обрабатывается слюной пища);
- снижение моторики пищевода и кишечника;
- снижение секреторной способности желудка;
- изменение микрофлоры кишечника в сторону увеличения гнилостных микроорганизмов;
- повышение склонности к запорам;
- слизистая кишечника регенерирует в 1,5 раза медленнее;

б) *органов брюшной полости:*

- в поджелудочной железе происходит атрофия ее активных элементов, в результате функциональная активность падает;

- уменьшение количества гепатоцитов (снижается масса и объем печени);
- нарушение белковообразовательной, гликогенообразующей антитоксической, энергообразовательной и других функций печени;

7) щитовидной железы:

- снижение секреции гормонов (тироксина, трийодтиронина);
- уменьшение интенсивности основного обмена, что в свою очередь приводит к снижению мышечного тонуса, физической и психической слабости, тенденции к повышению холестерина, ожирению, атеросклерозу;

8) опорно-двигательного аппарата:

- развитие атрофии и дряблости мышц;
- развитие остеопороза (склонность к переломам и трещинам костей);
- уменьшение эпифизов и диафизов трубчатых костей;
- прогрессирование дегенеративных процессов в суставах (хряща, кальциноз сухожилий и суставных сумок);
- увеличение кривизны позвоночника (грудной кифоз).

ОСНОВЫ ГИГИЕНЫ И ОБЩЕГО УХОДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ, УХОД ЗА ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Гигиена полости рта выполняется ежедневно утром после пробуждения и перед ночным сном, сразу после каждого приема пищи, а также каждый раз после рвоты. Предметами индивидуального использования являются зубная щетка, паста, гигиеническая помада, съемные зубные протезы.

Цели и задачи проведения:

1. Устранение остатков пищи, предупреждение возникновения неприятного запаха изо рта, зубного камня и др.
2. Обеспечение нормальной работы слюнных желез (выделения нормального количества слюны).
3. Профилактика, выявление, лечение поврежденных зубов, десен и болезней полости рта.

Гигиена полости рта предусматривает следующие этапы:

1. Подготовительный этап:
 - объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить устное согласие (если пациент находится в сознании);
 - придать пациенту полусидячее положение, приподняв головной конец кровати или подложив под плечи подушку (если пациент в сознании и может контролировать акт глотания). пациенту с расстройством сознания опустить изголовье кровати как можно ниже и повернуть голову набок или

уложить его на бок так, чтобы жидкость вытекала изо рта, а не скапливалась в нем, что может привести к асфиксии;

- надеть пациенту нагрудник;
- вымыть руки с мылом, просушить одноразовым полотенцем;
- надеть нагрудник;
- вымыть руки с мылом, просушить одноразовым полотенцем;
- надеть перчатки, маску.

2. Обработка полости рта:

– аккуратно снять съемные зубные протезы (при наличии) и провести ежедневный гигиенический уход за ними. Положить очищенные зубные протезы в контейнер «Для дезинфекции и хранения зубных протезов»;

– взять в правую руку марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки и ополаскивания полости рта;

– взять шпатель в левую руку и отодвинуть им верхнюю губу кверху;

– протереть марлевой салфеткой слизистую оболочку верхней части преддверия рта и внешнюю сторону верхних зубов;

– отодвинуть шпателем нижнюю губу книзу;

– протереть марлевой салфеткой слизистую оболочку нижней части преддверия рта и внешнюю сторону нижних зубов;

– поместить шпатель и марлевую салфетку в контейнер «Для дезинфекции изделий медицинского назначения (ИМН)»;

– попросить пациента открыть рот;

– осмотреть и оценить состояние полости рта (настораживающие симптомы: гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, наличие язвочек на слизистых, кровотечение из десен, повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям, обнажение шеек зубов, подвижность зубов, образование трещин в уголках губ, бело-серый налет на слизистых оболочках полости рта, болезненность и припухлость слюнных желез);

– взять в правую руку марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки и ополаскивания полости рта;

– протереть язык марлевой салфеткой сверху вниз, снимая с него налет (марлевые салфетки менять 2–3 раза);

– поместить использованные марлевые салфетки в контейнер «Для дезинфекции ИМН».

3. Чистка зубов:

– взять в правую руку марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки и ополаскивания полости рта;

– последовательно протереть заднюю поверхность верхних, а затем нижних зубов, регулярно меняя марлевые салфетки;

– поместить марлевые салфетки в контейнер «Для дезинфекции ИМН»;

– взять зубную щетку, нанести на нее небольшое количество зубной пасты;

- тщательно очистить щеткой поверхности зубов в последовательности: жевательные, передние и боковые, проводя сверху вниз, снизу вверх и горизонтально круговыми движениями;

- убрать зубную щетку в емкость для хранения;

- предложить или помочь пациенту прополоскать полость рта, поднеся ко рту стакан с жидкостью (питьевая вода или раствор для полоскания полости рта) и подставив под подбородок лоток для ополаскивания.

4. Обработка полости рта у пациентов с нарушением сознания:

- взять марлевую салфетку;

- попросить пациента открыть рот. При отсутствии результата: слегка зажать нос, чтобы начал дышать ртом, или смочить губы и капнуть пару капель воды так, чтобы просочились через зубы (как правило, в этом случае срабатывает рефлекс облизывания или обсасывания, рот приоткрывается). Зафиксировать рот открытым, вставив по углам ватные валики. Во избежание прикусывания пациентом пальцев не проводить обработку полости рта, пока в открытый рот не вставлены фиксирующие валики;

- обернуть язык пациента марлевой салфеткой и левой рукой осторожно подтянуть его на себя;

- взять в правую руку марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки полости рта;

- протереть марлевой салфеткой слизистую оболочку нижней части преддверия рта, внешнюю сторону нижних зубов и внутреннюю сторону нижних зубов и десен;

- поместить марлевую салфетку в контейнер «Для дезинфекции ИМН»;

- взять новую марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки полости рта (фурацилина, соды или питьевой водой);

- протереть марлевой салфеткой слизистую оболочку верхней части преддверия рта, внешнюю сторону верхних зубов и внутреннюю сторону верхних зубов и десен;

- поместить марлевую салфетку в контейнер «Для дезинфекции ИМН»;

- взять в правую руку марлевую салфетку, смочить ее раствором для обработки и ополаскивания полости рта;

- аккуратно удерживая язык левой рукой, протереть его марлевой салфеткой сверху вниз, снимая налет (марлевые салфетки менять 2–3 раза);

- поместить марлевые салфетки в контейнер «Для дезинфекции ИМН»;

- вынуть изо рта ватные валики и поместить в контейнер «Для дезинфекции ИМН».

5. Заключительный этап:

- вставить помытый зубной протез в рот, при необходимости предварительно наложив на десны клей или крем для улучшения его фиксации;

- снять нагрудник;

- осушить губы проживающего полотенцем или одноразовой салфеткой и смазать их глицерином или гигиенической помадой;

- промыть зубную щетку под проточной водой, поместить в емкость для хранения головкой вверх и убрать в отведенное для хранения место;
- снять перчатки и поместить в контейнер «Для дезинфекции ИМН»;
- вымыть руки с мылом, просушить;
- помочь пациенту занять удобное положение в постели.

Уход за съёмными зубными протезами. Чистку зубных протезов проводят следующим образом:

1. Промыть протез над раковиной под струей холодной воды (*горячая вода может изменить форму протеза*), удаляя с него все видимые пищевые остатки.

2. Вычистить протез зубной щеткой с мягкой щетиной, особое внимание уделять местам, где чаще всего происходит отложение бактериального налета и зубного камня, — боковым поверхностям верхнего и нижнего ряда зубов.

3. Использовать низкообразивную (детскую) зубную пасту допускается только для чистки протезов из акриловой пластмассы, у немного эластичных протезов разрешается использовать только специальные средства либо полностью безабразивные зубные пасты или гели.

4. Ополоснуть зубной протез под проточной водой и положить в контейнер «Для дезинфекции и хранения зубных протезов».

Очень важно не сломать зубной протез во время мытья, для этого нужно обращаться с ним с осторожностью, крепко держать протез руками и постараться не уронить его, т. к. при падении протезы часто ломаются. Помимо этого, во время чистки нельзя сгибать пластмассу или металлические крючки протеза.

С периодичностью примерно 1–2 раза в неделю необходимо проводить гигиеническую обработку съёмного зубного протеза специальными средствами (очищающими шипучими таблетками). Для этого нужно:

- приготовить очищающий раствор (растворить таблетку в воде в соответствии с инструкцией по применению) в контейнере «Для дезинфекции и хранения зубных протезов»;
- полностью погрузить зубной протез в раствор;
- по окончании времени экспозиции отмыть зубной протез от остатков очищающего раствора путем полного погружения в воду (соотношение объема воды и объема протеза не менее 3 : 1) или промыванием под струей проточной воды в течение 2–3 мин.

Необходимо помнить:

- на ночь пациенты обычно снимают зубные протезы и хранят их в контейнере «Для дезинфекции и хранения зубных протезов» с водой или специальным раствором, которые должны полностью покрывать протез, поскольку при высыхании изделие может деформироваться;
- нельзя помещать зубные протезы в горячую воду или раствор, так как это может привести к их деформации;

- при наличии заболеваний полости рта, пролежней от зубных протезов и т. д. гигиену полости рта следует проводить каждые 4 ч;
- пациент с болезненными изменениями в полости рта требует особого подхода и деликатного выполнения действий;
- при выраженной болезненности в полости рта следует применять термически и химически щадящую пищу;
- при проведении обработки полости рта нужно строго соблюдать правила антисептики для профилактики воспалительных заболеваний.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ И КОЖЕЙ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ

Основная цель данной процедуры — гигиена волосистой части головы. Если этого не делать, волосы, особенно длинные, спутываются, быстро загрязняются, выглядят неопрятными. Эта процедура помогает очистить кожу и волосы головы от сальных выделений, которые являются питательной средой для развития бактерий, и предотвратить развитие перхоти, стимулирует кровообращение. В то же время забота о внешнем виде улучшает самочувствие. В некоторых случаях уход за волосами становится лечебной процедурой (например, когда возникает необходимость удаления паразитов).

Мыть голову следует по мере необходимости, но не реже 1 раза в 7 дней. Перед мытьем и после мытья головы волосы обязательно нужно расчесать. Щетка или расческа должна быть с затупленными зубьями, чтобы не поранить голову и не причинить боль. При спутывании волос пользуются расческой с редкими зубьями. Пациенту, находящемуся на постельном режиме, который не может принять положение сидя, чтобы расчесать волосы, следует повернуть голову в одну, затем в другую сторону. Расчесывать волосы необходимо медленно и осторожно, начиная с концов, постепенно продвигаясь к корням волос. Причесать волосы надо так, чтобы испытывал комфорт.

Последовательность выполнения мытья головы:

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
2. Получить у пациента устное добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру.
3. Проконтролировать температуру воздуха в помещении — она должна соответствовать гигиеническим нормативам и составлять не ниже 22–23 °С.
4. Подготовить необходимое для процедуры оснащение, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности — при необходимости кровать пациента на время выполнения манипуляции отгородить ширмой.
5. Проконтролировать с помощью водного термометра температуру воды в ведре с теплой водой — она должна быть в пределах 38–40 °С.
6. Вымыть руки с мылом, просушить одноразовым полотенцем.
7. Надеть перчатки.
8. Надеть одноразовый фартук.

9. Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны табурет, на него пустой таз, рядом разместить ведро с теплой водой, кувшин и шампунь.

10. Удалить с волос пациента все заколки, шпильки, снять очки (если есть), расчесать волосы.

11. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней.

12. Убрать подушку, подвинуть пациента чуть ближе к изголовью кровати таким образом, чтобы голова немного свисала, положить под плечи пациента валик. Убедиться, что положение тела не вызывает у пациента болезненных ощущений.

13. Подстелить под педи и голову пациента клеенку, конец которой опустить в таз на табурете.

14. Накрыть глаза пациента полотенцем или пеленкой для защиты от попадания воды и мыльной пены.

15. Зачерпнуть кувшином теплую воду из ведра и полить небольшим количеством воды на голову.

16. Спросить у пациента, устраивает ли его температура воды.

17. По желанию пациента добавить холодной или горячей воды. Если температура воды устраивает, аккуратно смочить волосы пациента.

Для уменьшения количества брызг носик кувшина следует располагать как можно ближе к голове пациента. Не нужно лить много воды, а только минимальное количество, необходимое, чтобы постепенно намочить всю волосистую часть головы.

18. Нанести немного шампуня себе на ладони и потереть их одна об другую.

19. Обеими руками равномерно распределить шампунь по волосистой части головы и, периодически приподнимая голову и поддерживая ее рукой, массирующими движениями взбить и распределить пену по волосам. Волосы должны быть полностью увлажнены шампунем. Мытье кожи головы и волос следует проводить в течение 3–4 мин.

20. Зачерпнуть кувшином теплую воду из ведра и, аккуратно поливая, смыть весь шампунь с кожи головы и волос пациента. При сильном загрязнении волос или если пациент просит, можно вымыть его волосы шампунем еще раз.

При мытье головы нужно следить, чтобы вода и шампунь не попадали в уши и в глаза пациента. При попадании шампуня в глаза промыть глаза водой.

21. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть им его волосы насухо. Бережно расчесать волосы. Если проживающему холодно, обернуть голову полотенцем или повязать косынку.

22. Надеть на пациента нательное белье.

23. Придать пациенту удобное положение в кровати, накрыть его одеялом.

24. Сложить в непромокаемый мешок для использованного белья клеенку, полотенце, валик, лежавшие под головой пациента.
25. Вылить воду из таза в канализацию.
26. Продезинфицировать таз.
27. При необходимости сменить простыню пациенту.
28. Расчесать волосы пациенту. Предложить ему посмотреться в зеркало.
29. Снять одноразовый фартук и перчатки, поместить их в контейнер «Для дезинфекции отработанного материала».
30. Вымыть руки с мылом, осушить одноразовым полотенцем.
31. Спросить у пациента, как он себя чувствует.

СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ

Когда человек прикован к постели, белье требуется менять чаще, поскольку оно постоянно контактирует с телом, а кожа ограничена в естественном дыхании, кроме того, многие заболевания сопровождаются повышенной секрецией сальных и потовых желез. Поэтому нательное белье следует менять не реже одного раза в неделю и сразу же при его промокании и обнаружении видимых загрязнений. Процедура по смене нательного белья должна проводиться с предельной внимательностью. Необходимо контролировать общее состояние пациента, сохранность повязок, катетеров, стом и т. д. Удобнее и быстрее замену грязного белья проводить группой из двух человек. Своевременная замена нательного белья обеспечивает чувство комфорта пациенту, снижает риск развития пролежней и инфицирования кожи.

Последовательность выполнения смены нательного белья:

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
2. Получить у пациента устное добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру.
3. Подготовить необходимое для процедуры оснащение, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности — при необходимости кровать пациента на время выполнения манипуляции отгородить ширмой.
4. Сменить халат, провести гигиеническую антисептику рук, надеть перчатки.
5. Снять одеяло с пациента.
6. Придать сидячее положение в постели пациенту, придерживая его за плечи или спину.
7. Захватить ночную рубашку со стороны спины пациента, собрать ее до шеи сзади и до подмышек спереди.

Нельзя вытягивать рубашку из-под прижимающих ее частей тела (спины, ягодиц и др.) пациента, чтобы трением не повредить кожу (и не усугубить пролежневый процесс, если он начал развиваться). Следует приподнять область таза или спину и убрать из-под нее рубашку.

8. Придерживая пациента одной рукой в сидячем положении, другой аккуратно перевести собранную рубашку через его голову так, чтобы рубашка оказалась на груди.

9. Приподнять обе руки пациента и снять рукава одежды с рук. Если у пациента повреждена одна рука, то сначала освобождают здоровую руку, а затем снимают рукав с больной.

При выполнении манипуляции вдвоем, один придерживает пациента за спину и руки, а другой аккуратно снимает одежду.

10. Сложить грязную рубашку в клеенчатый мешок для использованного белья.

11. Надеть свежую рубашку: собрать ее по спинке до рукавов, затем надеть на руки (если одна рука повреждена, сначала надевают рукав на больную руку, затем на здоровую), приподнять пациента за плечи, накинуть горловину на голову и аккуратно расправить рубашку спереди и сзади, чтобы не было складок.

12. Уложить пациента, придать ему удобное положение в постели. Поинтересоваться его самочувствием.

13. Снять перчатки и погрузить в контейнер «Для дезинфекции отработанного материала».

14. Сменить халат.

15. Вымыть руки и просушить полотенцем.

ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ ЗАМЕНЕ ПОДГУЗНИКА ЛЕЖАЧЕМУ ПАЦИЕНТУ

Смена подгузника пациенту должна проводиться регулярно, сразу же после испражнения и когда индикатор влагонасыщения — тестовая полоска, напечатанная посередине внешнего слоя подгузника, размывается на 80 % ее длины.

Заменять подгузник для взрослых следует после каждой дефекации незамедлительно. При частом мочеиспускании — каждые 3 или 4 ч, но не реже 2–3 раз в сутки.

Последовательность действий при замене подгузника лежачему пациенту:

1. Вымыть руки с мылом, просушить полотенцем.
2. Надеть защитные перчатки.
3. Сообщить пациенту, что вы собираетесь поменять ему подгузник.
4. Убрать одеяло (снять с кровати, положить его на спинку кровати или на стул).
5. Постелить под ягодицы пациента защитную пеленку, необходимую для защиты от загрязнения постельного белья.
6. Расстегнуть липучки, отвернуть переднюю часть подгузника, удерживая выделения и стараясь не пачкать белье.

7. Повернуть пациента набок, к себе спиной, немного согнув ноги в коленях, и аккуратно свернуть в трубочку нижнюю часть подгузника. Вытащить из-под пациента оставшуюся часть подгузника.

8. Снять заполненный подгузник.

9. Поместить подгузник в пакет для сбора отходов.

10. Обмыть область тела пациента, находящуюся под подгузником.

11. Поставить тазик с теплой водой на стул рядом с кроватью.

12. Проконтролировать температуру воды водным термометром (она должна быть 37–38 °С).

13. Добавить в воду щадящее моющее средство.

14. Намочить чистую текстильную салфетку в тазике с теплой водой с моющим средством, слегка ее отжать.

15. Не меняя положения пациента (лежа на боку), очистить кожу ягодиц от мочи и кала, меняя салфетки по мере их загрязнения.

16. Повернуть пациента на спину и очистить кожу паховой области от мочи и кала, меняя салфетки по мере их загрязнения.

17. Использованные салфетки помещать в контейнер.

В случае сильного загрязнения паховой области каловыми массами, после очистки кожных покровов провести туалет промежности.

18. Просушить кожу после мытья чистой текстильной салфеткой промокательными движениями.

19. Оставить пациента после проведения гигиенических процедур лежать без подгузника в течение нескольких минут.

20. Обработать область тела, находящуюся под подгузником, увлажняющим кремом, сделав попутно массаж для профилактики образования пролежней. Для обработки ягодиц и пояснично-крестцового отдела поочередно поворачивать пациента на правый и левый бок.

Если на теле имеются опрелости, обработать их тальком или антисептическим средством, обладающим подсушивающим действием.

21. Подготовить новый подгузник для взрослых: вынуть подгузник из упаковки и активировать, то есть сложить пополам по продольной линии и легко повернуть (как будто выжимая полотенце); расправить все его сложенные части, немного растянуть и разгладить складки.

22. Одеть подгузник пациенту.

23. Положить пациента набок, лицом к себе, одну ногу немного согнуть в колене (если вы стоите с правой стороны пациента, согнуть его правую ногу, если с его левой стороны — левую ногу).

24. Сложить подгузник пополам относительно задней (длинной) стороны.

25. Раздвинуть ноги пациенту и пропустить изделие между ними, закрыв промежность.

26. Продвинуть подгузник в направлении спереди назад.

27. Тщательно распределить и выровнять заднюю часть подгузника так, чтобы он хорошо прилегал к телу, а индикатор влагонасыщения подгузника находился на линии позвоночника.

28. Разгладить и вытянуть между ногами верхнюю часть подгузника, затем перевернуть проживающего на спину.

29. Выровнять и распределить подгузник на животе так, чтобы осталось как можно меньше складок, края плотно прилегали к телу, а внутренние бортики изделия были направлены вверх во избежание протекания мочи.

30. Проконтролировать, чтобы фиксаторы располагались строго поперек тела пациента, а индикатор влагонасыщения находился параллельно линии позвоночника.

31. Последовательно застегнуть фиксаторы на липучках: сначала нижние, так, чтобы плотнее обхватывались ноги, затем верхние.

32. Убедиться, что подгузник хорошо сидит и плотно прилегает к телу, края не завернуты и нигде не врезаются в тело.

33. Накрыть пациента одеялом.

34. Удалить пакет с использованным подгузником и предметы оснащения.

35. Проветрить помещение.

В случае, когда человек в состоянии держаться за поручни или стоять, подгузник надевают по аналогичной схеме. Стоящему пациенту делать это немного удобнее.

Важно помнить, что неправильно надетое впитывающее изделие может вызвать:

- потертости и раздражения кожи, особенно если неправильно подобран размер;
- протекание мочи и впоследствии загрязнение одежды и постели пациента;
- неудобство пациенту и ухудшение его самочувствия.

Последовательность действий при проведении туалета промежности лежащему пациенту:

1. Вымыть руки с мылом и осушить полотенцем.
2. Надеть защитные перчатки.
3. Объяснить пациенту необходимость, цель и ход манипуляции.
4. Убрать одеяло (снять с кровати, положить его на спинку кровати или на стул).
5. Постелить под ягодицы пациенту клеенку медицинскую, затем защитную пеленку.
6. Поставить судно под крестец (если туалет проводится при смене подгузника, то вместо судна можно использовать подгузник, который подлежит замене).
7. Проконтролировать температуру воды в кувшине с помощью водного термометра (она должна быть 37–38 °С).

Особенности подмывания мужчины:

1. Попросить пациента (помочь при необходимости) согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны.
2. Встать справа от пациента.
3. Взять кувшин в левую руку, салфетку в правую и, поливая из кувшина, промыть паховую область с одной, затем с другой стороны, меняя салфетки по мере загрязнения.
4. Поместить использованные салфетки в контейнер.
5. Взять одной рукой (левой) половой член, бережно отодвинуть двумя пальцами крайнюю плоть.
6. В другую руку взять салфетку, предварительно смоченную водой из кувшина, и вымыть головку полового члена движениями в направлении сверху вниз от наружного отверстия уретры к периферии.
7. Поместить салфетку в контейнер.
8. Взять новую салфетку и осушить головку полового члена промокательными движениями. Вернуть крайнюю плоть в естественное положение.
9. Тщательно обработать и высушить остальную часть полового члена, кожу мошонки, промежности, анального отверстия, меняя последовательно салфетки.
10. Поместить использованные салфетки в контейнер.

Особенности подмывания женщины:

1. Попросить пациентку (помочь при необходимости) согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны.
2. Встать справа от пациентки.
3. Взять кувшин в левую руку, салфетку в правую руку.
4. Поливая водой область гениталий пациентки, движениями сверху вниз от лобка к анусу салфеткой обмыть паховую область справа и слева.
5. Облить правую и левую большие половые губы, слегка раздвигая их.
6. Вымыть анальное отверстие. Заменять салфетку на новую следует после каждого движения сверху вниз.

Проводя процедуры интимной гигиены, следует принять во внимание, что пациентка может испытывать неудобство и стеснение, потому необходимо действовать особенно тактично.

7. Поместить использованные салфетки в контейнер.
8. Осушить гениталии промокательными движениями в той же последовательности и в том же направлении сухими салфетками.
9. Поместить использованные салфетки в контейнер.
10. Убрать судно, клеенку, пеленку.
11. Расправить постельное белье, укрыть пациентку одеялом.
12. Удалить из комнаты предметы оснащения.
13. Снять перчатки, положить в емкость для дезинфекции.
14. Вымыть руки с мылом и осушить полотенцем.

Неправильно выполненный туалет интимных мест может вызвать инфекции мочевой системы, опрелости и пролежни. Если при выполнении туалета обнаружены покраснения, отеки, потертости, раны, болезненность, изменение цвета кожи, нужно немедленно доложить об этом медсестре или врачу для назначения лечения.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ

Физическая (двигательная) активность — вид деятельности человеческого организма, при котором активация обменных процессов в скелетных мышцах обеспечивает их сокращение и перемещение человеческого тела или его частей в пространстве. Она бывает низкая, если человек осознанно или вынужденно ведет малоподвижный образ жизни, и высокая, например, у спортсменов. Движения бывают активные (самостоятельные независимые целенаправленные движения) и пассивные (зависимые движения).

Ограничение подвижности наблюдается у пожилых ослабленных людей, у людей, перенесших инсульт, страдающих сердечной недостаточностью, при атеросклерозе сосудов головного мозга, болезни Паркинсона, астении, депрессии, артритах и артрозах, в результате травмы, после перенесенной операции, при выраженном снижении зрения и др.

Также ограничение подвижности возможно при вынужденной иммобилизации (фиксации).

Выделяют несколько категорий людей с ограничением подвижности с учетом способности к самообслуживанию:

- передвигаются самостоятельно, самообслуживание сохранено;
- передвигаются с помощью вспомогательных средств, самообслуживание сохранено;
- передвигаются в ортопедических приспособлениях и с посторонней помощью только в пределах палаты, значительное ограничение самообслуживания;
- движение в пределах кровати, самообслуживание минимальное;
- двигательная активность и способность к самообслуживанию отсутствуют.

Существует еще одно разделение ограничения подвижности:

- нарушение активных движений (пассивные сохранены);
- нарушение как активных, так и пассивных движений.

При оказании помощи людям с ограничением подвижности перед осуществляющим уход человеком обычно ставятся две цели:

- 1) по возможности сохранить подвижность и самообслуживание пациента;
- 2) повысить двигательную активность.

Сохранение подвижности — важный аспект в оказании помощи и уходе. Для того чтобы человек мог самостоятельно вставать, передвигаться,

умываться, есть и одеваться, нужно сохранять подвижность тела. Кроме того, недостаточная подвижность и физическая активность могут стать причиной таких патологических состояний, как атрофия мышц, контрактуры мышц и суставов, пролежни, остеопороз, тромбоз сосудов, нарушения артериального давления, запоры, пневмония и т. д.

Для сохранения подвижности и предупреждения возможных осложнений необходимо создание определенных условий и проведение ряда мероприятий:

- убедить пациента в необходимости самостоятельно вставать, умываться, одеваться;
- убедить пациента в необходимости самостоятельно есть, двигаться;
- поддерживать пациента, помочь ему в регулярном выполнении предписанных лечащим врачом упражнений (это особенно важно при болезни Паркинсона, параличах, артрозах).

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА

Когда человек лежит или сидит, тело своей тяжестью создает давление на кожу и мягкие ткани, что влияет на их кровоснабжение. Наибольшее давление испытывают участки, непосредственно соприкасающиеся с прилегающей поверхностью. Плохой приток крови к тканям вызывает неприятные ощущения и заставляет менять положение тела, двигаться. Однако у пожилых людей, ослабленных постинсультных больных, пациентов без сознания этот естественный механизм нарушен по разным причинам (иммобильность, нарушение иннервации определенных областей тела, снижение болевого порога и пр.). В итоге давление на некоторые участки тела и продолжающаяся ишемия приводят к повреждению кожи и подлежащих тканей, развитию некроза.

Для того чтобы сформировался пролежень, достаточно всего двух часов.

Если давление сохраняется в течение длительного времени, патологический процесс может распространяться вглубь вплоть до кости. Кроме того, причинами повреждения тканей могут стать трение и/или сдвиг во время перемещения либо, когда человек не в состоянии удерживать правильную посадку, сползает с кровати. Повышен риск у пожилых людей с атрофичной кожей и мышцами. Повреждения чаще возникают на участках с минимальной толщиной мягких тканей.

Величина давления на кожу и мягкие ткани зависит от веса пациента и размера зоны контакта между телом и соприкасающейся поверхностью. Таким образом, поверхность, на которой будет лежать или сидеть пациент, имеет ключевое значение для профилактики и лечения пролежней. Самая простая профилактика пролежней — повороты тела.

Даже если используется противопролежневое устройство, необходимо стимулировать людей к регулярным сменам положения и поворачивать пациентов через каждые два часа.

Типы противопролежневых устройств:

- специальные кровати для пациентов с высоким индексом массы тела;
- матрасы (из специализированной пены, заполненные воздухом или гелем, переменного давления, флюидизирующие кровати);
- подушки для пациентов с риском пролежней, которые сидят в креслах и колясках;
- накладки — дополнительные устройства, которые размещаются на матрасе для создания противопролежневого эффекта;
- защита пяток — устройство, защищающее кожу на пятках от сдвига и трения, а также предотвращающее вращение стопы.

Способы эффективной поддержки пациента:

1. Использовать правильное противопролежневое устройство:
 - проводить оценку его эффективности ежедневно;
 - правильно использовать оборудование, не превышать весовые и другие ограничения.
2. Защищать зоны высокого риска развития пролежней (крестец, пятки), пятки должны всегда «парить»; кожа должна быть чистая, сухая, хорошо увлажненная.
3. Документируйте повороты/изменения позиции тела пациента (поворачивайте его чаще, если кожа остается красной либо на ней появляются какие-либо дефекты).

У лежачих пациентов, находящихся в подгузниках, резко возрастает риск пролежней в области крестца из-за агрессивной влажной среды.

Необходимо помнить об «активизации» подгузника перед надеванием на пациента. В упаковке подгузники лежат в максимально компактном виде, целлюлоза впитывающего слоя утрамбована, ее нужно «распушить», для этого пожать, помять в руках. Тогда подгузник будет гораздо лучше впитывать.

Степени развития пролежней:

- 1-я степень — видимое покраснение кожи, которое не проходит после прекращения давления; область мягкая при прикосновении;
- 2-я степень — появление пузырей, потертостей, неглубоких ран/язв;
- 3-я степень — глубокое повреждение: некроз с вовлечением мышечной ткани и жидкими выделениями из раны;
- 4-я степень — некроз всех мягких тканей с образованием полости с видимыми костными повреждениями и повреждениями сухожилий.

Если при осмотре кожи пациента обнаруживается красное пятно/пятна, то проводится простой тест: надавите на пятно пальцем 2–3 с, кожа побелела — это не пролежень, осталась красной — это пролежень 1-й степени.

Если пролежень появился, особенно 2–4-й степени, то нужно приготовиться к длительному процессу ухода за раневой поверхностью.

Основной целью при 1–2-й степени развития пролежней является избежание инфицирования раны и способствование восстановлению микроциркуляции.

При 3–4-й степени, когда есть некротические ткани, всякие наружные кремы, мази по сути бессмысленны. Только после удаления омертвевших участков и оценки раневой поверхности принимается решение о наружных средствах. Иногда путают степени пролежня и стадии заживления раны, но это разные понятия.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) — вид медицинской помощи пациентам с неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, требующими применения методов, направленных на избавление от боли и других проявлений болезни, независимо от нозологической формы, в целях улучшения качества жизни, когда другие возможности медицины исчерпаны.

Само слово «паллиативная» образовано от латинского «паллиум». В переводе обозначает покрывало, плащ, покров. Истоки паллиативной помощи уходят в дома сестринского ухода, хосписы, богадельни, дома приюта. Они возникли еще во времена Средневековья при костелах и монастырях. Современная ПМП складывалась на протяжении второй половины XX в. Сначала про нее говорили только по отношению к онкологическим больным.

Цель ПМП — достижение насколько возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей.

В 2014 г. была принята первая глобальная резолюция ВОЗ с призывом к государствам улучшить доступ к ПМП как одному из основных компонентов системы здравоохранения. В Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний ПМП обозначена как обязательная часть комплекса медицинских услуг, а доступ к опиоидным обезболивающим включен в число 25 показателей системы мониторинга неинфекционных заболеваний. Более 40 млн человек в мире нуждается в ПМП и лишь 14 % имеют к ней доступ. Актуальность проблемы неуклонно растет с повышением продолжительности жизни и ростом бремени неинфекционных заболеваний. По оценкам Глобальной потребности в ПМП, количество нуждающихся в ней пациентов к 2060 г. увеличится в 2 раза.

В Беларуси ПМП как вид медицинской помощи получила официальный статус в 2014 г. после принятия новой редакции закона «О здравоохранении». Тогда же начали создавать службу ПМП. В новой редакции закона от 11 декабря 2020 г. расширены категории пациентов, получающих ПМП, к ним относятся не только онкопациенты в терминальных стадиях, но и с накопленным

дефицитом качества жизни в связи с хроническими заболеваниями. Приказом Минздрава Республики Беларусь от 4 ноября 2019 г. № 1314 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» утверждены Инструкция о порядке оказания ПМП взрослому населению и примерные штатные нормативы медицинских и других работников паллиативной медицинской службы для взрослого населения.

Обеспеченность ПМП составляет 55,5 % на 1 млн жителей. Лучше всего в нашей стране ПМП обеспечены пациенты с онкологическими заболеваниями, в структуре получающих ПМП на пациентов с онкопатологией приходится 73 %, с болезнями системы кровообращения — 8,24 %. В мире эти показатели 34 % и 36,47 % соответственно. Остальные патологии колеблются от 0,1 до 5 % — терминальные стадии ХОБЛ, ВИЧ/СПИД, сахарный диабет, болезней почек и др.

ПРИНЦИПЫ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПМП пациентам оказывается в форме плановой медицинской помощи:

- долгосрочная ПМП — с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни более 1 года;
- краткосрочная ПМП — с ближайшим неблагоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни не более 1 года.

ПМП оказывается государственными больничными организациями здравоохранения и иными организациями:

1. В стационарных условиях:

а) пациентам, нуждающимся в краткосрочной ПМП, — в специальных клиниках для безнадежно больных людей (хосписах), отделениях паллиативной медицинской помощи;

б) пациентам, нуждающимся в долгосрочной ПМП, — в больницах сестринского ухода, отделениях сестринского ухода, отделениях медико-социальной помощи.

2. В амбулаторных условиях — в кабинетах ПМП.

3. В условиях отделения дневного пребывания, вне организаций здравоохранения (на дому) — выездными патронажными службами, кабинетами с функцией выездной патронажной службы, амбулаторно-поликлиническими организациями.

Хоспис — это медицинское (медико-социальное) учреждение/отделение, где команда профессионалов оказывает комплексную помощь пациенту, который нуждается в облегчении страдания — физического, психосоциального и духовного, связанного с заболеванием, излечить которое невозможно, и оно неминуемо должно привести к смерти в обозримом будущем (3–6 мес.).

Хоспис и паллиатив — это не одно и то же. В хосписной помощи нуждаются пациенты на терминальных стадиях заболеваний, когда варианты лекарственной терапии уже исчерпаны. Это те больные, в отношении которых

мы понимаем: наши усилия не помогут продлить жизнь. Такие пациенты, безусловно, нуждаются в медицинской помощи, но она заключается прежде всего в купировании болевого синдрома. Также акцент делается на уход и психологическую поддержку. В хосписах не лечат, а создают максимально комфортные условия для людей, которым, как правило, больше ничем уже нельзя помочь. Поэтому хосписы необходимы именно для такой категории больных. А паллиативная помощь — это серьезная полноценная медицина, которая рассчитана преимущественно на тяжелых пациентов, но направлена на то, чтобы купировать те или иные проявления заболевания. То есть это борьба не с болезнью, а с ее симптомами и осложнениями. Паллиативная помощь зачастую применяется для того, чтобы вернуть пациента в курабельное (поддающееся излечению) состояние.

В хосписе решаются все проблемы неизлечимого пациента, включая предоставление места для проживания в последние дни жизни и купирование приступов боли. Сотрудники хосписа обеспечивают и все прочие потребности пациента: физические, духовные, эмоциональные и социальные. Попасть в хоспис можно по направлению врача. Основаниями для этого являются неизлечимое заболевание в тяжелой стадии, болевой синдром, который невозможно купировать в домашних условиях, невозможность ухода со стороны членов семьи и прочее.

При оказании ПМП в хосписе и (или) структурном подразделении осуществляются:

- симптоматическое лечение боли, угрожающих жизни состояний и патологических симптомов, усугубляющих качество жизни пациентов;
- оказание психотерапевтической помощи пациентам;
- психологическая поддержка пациентов и их ближайшего окружения, в том числе после смерти пациентов;
- обучение ближайшего окружения пациентов правилам ухода за ними.

Кабинеты, направленные на оказание помощи пациентам с неизлечимыми диагнозами, создаются при многих хосписах и больницах. В них:

- производят наблюдение за общим здоровьем пациента;
- выписывают лекарства;
- выдают направления в стационарные медицинские учреждения;
- направляют пациентов на консультацию к врачам;
- консультируют;
- проводят меры, направленные на улучшение эмоционального состояния пациента.

В условиях дневного стационара медицинский персонал ведет прием пациентов, лечебный процесс, дает необходимые консультации. Если дневной стационар отсутствует, то возможно закрепление за противоболевым кабинетом нескольких коек в обычной больнице. Такая форма приемлема только для тех пациентов, кто по состоянию здоровья может сам посещать кабинет противоболевой терапии, однако в тяжелых случаях это невозможно.

В домашних условиях (на дому) паллиативная помощь может быть организована только, если в кабинете противоболевой терапии, к которому относится пациент, есть собственный транспорт. Наблюдение на дому включает в себя обезболивание, уход, социальную, психологическую поддержку. Такой способ не предполагает нахождения рядом с пациентом специалиста круглые сутки. Большая часть забот все равно ложится на родственников, которые иногда вынуждены оставлять работу, чтобы ухаживать за родственником.

Принципы оказания ПМП:

- доступность, безвозмездность;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников, открытость диагноза с учетом принципов медицинской этики и деонтологии;
- индивидуальный подход с учетом личностных особенностей состояния пациента, его религиозных убеждений, духовных и социальных потребностей.

При оказании ПМП на первый план выходит контроль тягостных симптомов — боли, тошноты, рвоты, нарушений дыхания и других патологических проявлений. Нередко это пациенты, которым установлены различные стомы — гастростомы или назогастральные зонды, трахеостомы, мочевые катетеры или калоприемники и прочие приспособления, требующие профессионального сестринского ухода. ПМП не является синонимом хосписной, но это звенья одной цепи, то есть хосписная помощь входит в понятие паллиативной на ее конечном этапе.

ПОДХОДЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПМП совмещает три подхода:

1. Купирование боли.
2. Психологическую поддержку пациента и его родственников.
3. Социальную поддержку.

Купирование боли и болевых ощущений. Согласно мировым данным, боль и другие ухудшающие качество жизни симптомы испытывают 55 % получающих противоопухолевую терапию, 66 % с генерализованными формами рака, 80 % — в терминальной стадии онкологического процесса.

Первым этапом оказания помощи пациенту, жалующемуся на боль, является определение типа боли.

В зависимости от механизмов возникновения выделяют следующие типы боли:

1. Ноцицептивная боль вызвана раздражением мультимодальных болевых рецепторов из-за деформации или повреждения тканей. При этом функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) не нарушена.

В зависимости от локализации активированного ноцицептора выделяют:

– ноцицептивную соматическую боль (кожа, мышцы, сухожилия, кости), которая чаще всего хорошо локализована, может быть преходящей или постоянной, вариабельной по характеру (тупая или острая, давящая, пульсирующая, дергающая, сверлящая, грызущая, распирающая, другая);

– ноцицептивную висцеральную боль (внутренние органы, оболочки органов), которая плохо локализована, имеет разлитой характер (тупая, приступообразная, сжимающая, схваткообразная, тянущая, изнуряющая, другая).

2. Ноципластическая боль возникает при отсутствии явных признаков поражения тканей или соматосенсорной нервной системы. Для пациентов с таким типом боли характерны повышенная утомляемость, раздражительность, нарушения сна и функций висцеральных органов, неадаптивные стратегии преодоления боли, которые обусловлены измененной реактивностью мозга в целом.

3. Нейропатическая боль является результатом повреждения соматосенсорной нервной системы. Патофизиологический механизм заключается в повышенной возбудимости нейронов и спонтанной активности в месте повреждения, каскаде нейрохимических и физиологических изменений в ЦНС, преимущественно в задних рогах спинного мозга (центральная сенситизация).

Это приводит к спонтанному возникновению боли, гипералгезии (слабые болевые стимулы воспринимаются как более сильные) и аллодинии (неболевые стимулы вызывают боль) в областях, прилежащих к зоне повреждения.

По характеру описывается как поверхностная жгучая боль, особенно при периферических поражениях; спонтанная стреляющая или колющая боль, «как удар электротоком», глубокая тупая боль, может быть онемение.

Симптоматическая терапия, снимающая болевые приступы, вызванные болезнью, имеет цель обеспечить максимально удовлетворительное качество жизни при минимальном благоприятном прогнозе. Для эффективного купирования болевых ощущений нужно точно оценить их характер, создать тактику борьбы и обеспечить надлежащий уход за пациентом. Например, при ежедневных тяжелых головных болях, вызванных мигренью, самостоятельный прием обезболивающих может только спровоцировать новые приступы. Специалист паллиативной медицины, в частности невролог, назначит пациенту правильное лечение, посоветует комплекс мероприятий по физической реабилитации, составит правильный режим дня. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия.

Эффективное купирование боли можно достигнуть, следуя методическим рекомендациям. Принципы терапии:

– четко определить задачи терапии до начала лечения;

– выбирать медикаменты, основываясь на виде и интенсивности боли;

– назначать адекватные дозы препаратов и корректировать их таким образом, чтобы достичь обезболивания без побочных эффектов;

- одновременное назначение двух и более препаратов с комплементарной активностью может обеспечить более эффективное обезболивание;
- назначать препараты на достаточный срок (2–4 нед.);
- присоединять немедикаментозную терапию;
- назначать препараты пролонгированного действия для продолженной боли, для внезапно возникшей боли — препараты коротко действия;
- терапия боли должна быть связана с другими лечебными воздействиями (лечение основного заболевания).

Психологическая поддержка пациента и его родственников. Отношение к пациенту, нуждающемуся в ПМП, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это означает:

- выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам пациента;
- помощь в решении любых проблем, встающих перед пациентом;
- подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю»;
- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов пациента;
- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания.

Тяжелая болезнь, госпитализация, операции, изменение образа жизни, возможная инвалидность и угроза смерти действуют на психологическое состояние пациента отрицательно. Пациент не способен адаптироваться к новым условиям существования, он постоянно испытывает чувство страха, обреченности, что неблагоприятно влияет на общее состояние. Родственники обычно также не могут поддержать своего близкого человека психологически, поскольку и сами испытывают стресс. ПМП предполагает работу психологов как с пациентом, так и с его близкими. Иногда в этой работе участвуют волонтеры. По желанию пациента могут быть проведены религиозные обряды.

Процесс сообщения плохих новостей сложен как для пациента, которому адресована информация, так и для медицинского персонала. Для того, чтобы было легче сообщать пациенту плохие новости, разработаны специальные протоколы. Самым известным и признанным является протокол SPIKES, который помогает врачам рассказать пациентам о плохих прогнозах. Там говорится, например, о правильном выборе места и времени для разговора, о других составляющих таких бесед.

Протокол SPIKES (сокращенная версия) сообщения негативной информации:

- ОБСТАНОВКА. Выбор времени и места для разговора с пациентом;
- ВОСПРИЯТИЕ. Что уже известно пациенту;
- УТОЧНЕНИЕ. Насколько подробную информацию хочет знать пациент («Вы предпочитаете услышать детальную информацию или краткий отчет о том, что было обнаружено?»);

– **ИНФОРМИРОВАНИЕ.** Постепенное подведение пациента к пониманию своего состояния («У меня не очень хорошие новости для вас», «Исследование показало...»);

– **НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕАКЦИЕЙ,** от которой будет зависеть ход дальнейшей беседы.

Болезнь оказывает влияние на всю семью. Медицинский работник может невольно стать причиной проблем общения в семье в том случае, если он сообщает информацию только родственникам, а пациенту нет или наоборот.

Сложность работы с родственниками в том, что они часто не хотят, чтобы пациент знал свой диагноз, считают, что ему так будет еще тяжелее, эта информация может его убить. Однако закон требует извещать пациента о его диагнозе, человек все равно поймет, что с ним происходит. К тому же у пациента своя жизнь, и, возможно, он хочет успеть решить какие-то личные вопросы, в том числе с родственниками, оценить свои шансы и жить тем, что дано сейчас. Именно поэтому так важно сообщить пациенту о его диагнозе.

Встреча одновременно с пациентом и его родственниками, как правило, предпочтительнее, так как она несет в себе больший терапевтический эффект. Родственники тоже проходят через этапы принятия болезни. Фазы личностного реагирования родственников пациента на онкологическое заболевание такие же, как и у него самого, потому что идет отождествление себя со своим родным человеком. Находясь в шоковой фазе, члены семьи часто испытывают конфликт между собственным страхом и необходимостью поддержать пациента. Не зря ведь говорят, что жить рядом с тяжелобольным, возможно, еще сложнее, чем болеть самому.

Стадия депрессии у родственников пациента имеет тенденцию повторяться уже после погребения близкого человека.

Социальная поддержка. ПМП включает социальную поддержку семьи пациента и его самого. Ведь психологические проблемы усиливаются еще и от осознания социальных трудностей, вызванных расходами на уход и лечение. У многих пациентов возникают материальные проблемы, кому-то необходимо улучшение жилищных условий, но совсем немногие осведомлены о доступных для них социальных льготах. Специалисты соцслужбы обязаны провести изучение социальных проблем пациента, разработать вместе с врачами план социальной реабилитации, проинформировать пациента о его правах и возможных льготах и помочь их получить.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Основными признаками клинической смерти являются:

- а) нитевидный пульс на сонной артерии;
- б) расширение зрачков;
- в) отсутствие пульса на сонной артерии;

- г) отсутствие пульса на лучевой артерии;
- д) прекращение дыхания или дыхание агонального типа.

2. Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются:

- а) только клиническая смерть;
- б) агония и предагональное состояние;
- в) все внезапно развившиеся ТС;
- г) клиническая смерть и биологическая смерть.

3. Основные принципы оказания помощи при проведении сердечно-легочной реанимации:

- а) обеспечить свободную проходимость дыхательных путей;
- б) провести ИВЛ и восстановить дыхание;
- в) провести непрямой (закрытый) массаж сердца и восстановить кровообращение;
- г) катетеризация или пункция вены.

4. Шансы спасти пострадавшего будут наиболее высокими, если произвести сердечно-легочную реанимацию в пределах первых:

- а) 15 мин;
- б) 10 мин;
- в) 6 мин.

5. Для обеспечения проходимости дыхательных путей необходимо:

- а) повернуть голову набок;
- б) разогнуть голову в шейном отделе позвоночника;
- в) запрокинуть голову, выдвинуть вперед нижнюю челюсть, удалить салфеткой слизь из ротовой полости.

6. При проведении ИВЛ необходимо запрокинуть голову пострадавшего:

- а) для удаления инородного тела из верхних дыхательных путей;
- б) для обеспечения проходимости дыхательных путей;
- в) для создания герметичности между ртом реаниматора и пострадавшего.

7. Тройной прием П. Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а) запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода;
- б) выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта;
- в) запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта.

8. Соотношение между вдуваниями воздуха и компрессиями грудной клетки при проведении комплекса сердечно-легочной реанимации одним реаниматором:

- а) 1 вдох : 5 компрессий;
- б) 1–2 вдоха : 8 компрессий;
- в) 2 вдоха : 30 компрессий;
- г) 2 вдоха : 15 компрессий.

9. Исключите действие из комплекса «Тройного приема Сафара» при подозрении на травму шейного отдела позвоночника:

- а) разгибание головы;
- б) выдвижение нижней челюсти;
- в) открывание рта.

10. К ранним признакам биологической смерти относятся:

- а) расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки;
- б) трупные пятна;
- в) окоченение мышц;
- г) помутнение роговицы;
- д) деформация зрачка.

11. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а) всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях;
- б) запястьями, не сгибая рук в локтях;
- в) запястьями, умеренно согнуть руки в локтях.

12. Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:

- а) 1,5–2 см;
- б) 3–4 см;
- в) 4–5 см;
- г) 7–8 см.

13. Наиболее ранним признаком эффективности сердечно-легочной реанимации является:

- а) сужение зрачков, появление реакции их на свет;
- б) появление пульса на сонной артерии;
- в) повышение АД до 60–70 мм рт. ст.;
- г) появление дыхательных движений.

14. Необратимым этапом умирания является:

- а) клиническая смерть;
- б) агония;
- в) биологическая смерть;
- г) предагония.

15. При проведении непрямого массажа сердца у взрослых руки следует расположить:

- а) в области верхней трети грудины;
- б) на границе верхней и средней трети грудины;
- в) на границе средней и нижней трети грудины;
- г) в пятом межреберном промежутке слева.

16. Объективными критериями для прекращения сердечно-легочной реанимации являются:

- а) неэффективность сердечно-легочной реанимации;
- б) появление признаков клинической смерти;
- в) усталость спасателя;
- г) появление трупных пятен.

17. Цель проведения непрямого массажа сердца:

- а) восстановить деятельность сердца;
- б) восстановить проходимость дыхательных путей;
- в) восстановить кровообращение.

18. Показания для проведения непрямого массажа сердца:

- а) клиническая смерть;
- б) биологическая смерть;
- в) острое отравление;
- г) гипертермический синдром.

19. Наличие сердцебиения в реанимационной практике наиболее целесообразно определять пальпацией:

- а) сердечного толчка в области пятого межреберья;
- б) сонной артерии;
- в) лучевой артерии;
- г) височной артерии.

20. Перечислите признаки эффективности реанимационных мероприятий:

- а) появление пульсации на сонных и лучевых артериях;
- б) сужение зрачков;
- в) восстановление АД;
- г) уменьшение бледности, цианоза;
- д) повышение АД;
- е) восстановление самостоятельного дыхания;
- ж) расширение зрачков.

21. В чем состоит цель оказания ПМП:

- а) мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний;
- б) улучшение качества жизни неизлечимых пациентов;
- в) лечение пациентов до полного выздоровления.

22. Где могут оказывать ПМП:

- а) на дому;
- б) в санаторно-оздоровительных центрах;
- в) в амбулаторных условиях;
- г) в стационарных условиях.

23. Компоненты ПМП:

- а) высокотехнологичная медицинская помощь;
- б) психологическая помощь;
- в) реабилитационные мероприятия;
- г) медицинская помощь и уход.

24. Задачи ПМП:

- а) адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов;
- б) осуществление эфтаназии;

- в) психологическая поддержка пациента и его родственников;
- г) госпитализация пациентов в специализированные учреждения социальной помощи.

25. Хосписная помощь — это:

- а) вариант эфтаназии;
- б) философское учение;
- в) форма социальной помощи населению;
- г) одна из форм организации ПМП.

26. В стационарных условиях ПМП оказывается во всех медицинских организациях, кроме:

- а) выездной патронажной службы на базе хосписа;
- б) дома сестринского ухода;
- в) отделения ПМП в городской больнице;
- г) хосписа.

27. Кто может оказывать ПМП:

- а) медработники любой специальности;
- б) медработники, имеющие высшее медицинское образование;
- в) медработники, имеющие среднее медицинское образование;
- г) медработники, прошедшие обучение по оказанию такой помощи.

28. Сколько выделяют подходов при оказании ПМП:

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 4.

29. Факторы, способствующие образованию пролежней:

- а) психическая травма;
- б) длительное пребывание пациента в одном положении;
- в) белковое питание;
- г) недержание мочи и кала.

30. Возможная локализация пролежней на задней поверхности туловища:

- а) затылок;
- б) лопатки;
- в) кисти;
- г) крестец.

31. Профилактике пролежней способствует:

- а) смена положения тела;
- б) питьевой режим;
- в) диета.

Ответы: 1 — б, в; 2 — в; 3 — а, б, в; 4 — в; 5 — в; 6 — б; 7 — в; 8 — в; 9 — а; 10 — г, д; 11 — б; 12 — в; 13 — б; 14 — в; 15 — в; 16 — а; 17 — а, в; 18 — а; 19 — б; 20 — а, б, в, г, е, ж; 21 — б; 22 — а, в, г; 23 — б, г; 24 — а, в; 25 — г; 26 — а; 27 — г; 28 — в; 29 — б; 30 — а, б, г; 31 — а.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Основы ухода за терапевтическими пациентами* : пособие для студентов лечебного и медико-психологического факультетов / К. Н. Соколов [и др.]. Гродно, 2016. 280 с.
2. *Основы сестринского дела* : в 2 т. / под ред. Г. И. Чувакова. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Юрайт, 2017. Т. 1 : Учебник и практикум для академического бакалавриата. 374 с. (Серия: Бакалавр. Академический курс).

Дополнительная

3. *Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению* [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 4 ноября 2019 г. № 1314. Режим доступа: <https://www.pravo.by>. Дата доступа: 15.05.2023.
4. *Мороз, В. П.* Реализация принципа автономии в отношении пациента, находящегося в состоянии конца жизни / В. П. Мороз // *Здравоохранение*. 2023. № 1. С. 50–61.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Введение	4
Терминальное состояние. Сердечно-легочная реанимация	4
Правила обращения с трупом.....	9
Особенности ухода за лицами пожилого и старческого возраста.....	10
Основы гигиены и общего ухода в пожилом и старческом возрасте	12
Гигиена полости рта и зубов, уход за зубными протезами	12
Уход за волосами и кожей головы пациента, находящегося на постельном режиме.....	16
Смена нательного белья пациенту, находящемуся на постельном режиме.....	18
Действия персонала при замене подгузника лежащему пациенту	19
Особенности ухода за пациентами с ограниченной подвижностью	23
Факторы риска развития пролежней. Профилактика	24
Паллиативная медицинская помощь	26
Принципы и порядок оказания паллиативной медицинской помощи.....	27
Подходы при оказании паллиативной медицинской помощи	29
Самоконтроль усвоения темы	32
Список использованной литературы	37

Учебное издание

Змачинская Ирина Михайловна
Копать Тереса Тадеушевна

**НАБЛЮДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ УХОД
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЯХ. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Редактор А. М. Мурашко
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 18.10.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,1. Тираж 99 экз. Заказ 579.

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.

