

**ПОЛНЫЙ
СПРАВОЧНИК**



по уходу
за больными

Елена Юрьевна Храмова
Полный справочник по уходу за больными

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=593805

Полный справочник по уходу за больными: РИПОЛ классик; Москва; 2011
ISBN 978-5-386-02678-3

Аннотация

Уход за пациентами с различными заболеваниями – тема всегда актуальная. Основные разделы данной книги посвящены проведению разнообразных сестринских манипуляций, оказанию первой помощи при неотложных состояниях, особенностям ухода за больными хроническими патологиями, подробно рассмотрены проблемы лечебного питания и реабилитации, а также возможные способы улучшения здоровья пациентов в этот период.

Кроме того, авторы представляют психологические характеристики пациентов, различные варианты их отношения к болезни, что немаловажно для эффективного лечения.

Книга предназначена для студентов медицинских учебных заведений, практикующих специалистов и может быть использована в качестве пособия по уходу за больными в домашних условиях.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Часть I	8
Глава 1	8
Глава 2	11
Из «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г.	12
Из проекта российской Декларации в защиту прав пациента от 28.05.2010 г.	14
Медицинское вмешательство без согласия пациента	16
Глава 3	17
Уход за пациентами детского возраста	17
Общий уход	17
Специальный уход	20
Уход за пациентами пожилого возраста	23
Общий уход	23
Специальный уход	27
Уход за пациентами с психическими заболеваниями	29
Общий уход	29
Специальный уход	31
Уход за пациентами с инфекционными заболеваниями	33
Общий уход	33
Специальный уход	37
Уход при брюшном тифе и паратифах	37
Конец ознакомительного фрагмента.	42

Полный справочник по уходу за больными

Составитель Храмова Елена Юрьевна

Издательство не несет ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.

ВВЕДЕНИЕ

Уход за больным включает разнообразные мероприятия по медицинскому обслуживанию пациента: гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях, подготовку к лечебно-диагностическим манипуляциям и др. Все это позволяет улучшить физическое и психическое состояние пациента, способствует эффективному лечению и быстрому выздоровлению. Как правило, уход в лечебно-профилактических учреждениях осуществляется средним медицинским персоналом – медицинскими сестрами.

За последние десятилетия в нашей стране стали открываться лечебно-профилактические учреждения, оказывающие паллиативную помощь больным с неизлечимыми тяжелыми заболеваниями. Такая помощь помогает облегчить состояние пациента, улучшить качество его жизни и продлить ее. Проводится паллиативная помощь медицинскими сестрами в хосписах – домах сестринского ухода.

Уход за больным обеспечивается и в лечебно-профилактических учреждениях в процессе лечения и реабилитации. Он подразделяется на общий и специальный. Общий уход обеспечивается организацией санитарно-гигиенического и лечебно-охранительного режимов.

Санитарно-гигиенический режим заключается в уборке помещений, проведении гигиенических мероприятий для больного (умывание, подмывание, гигиеническая ванна, смена нательного и постельного белья и др.) и мероприятий по предупреждению внутрибольничного инфицирования (дезинфекция инструментария, помещений и др.). Для обеспечения санитарно-гигиенического режима имеет немаловажное значение соблюдение гигиенических требований к помещениям.

Понятие «лечебно-охранительный режим» включает создание в медицинском учреждении условий для комфортного пребывания пациентов, эффективного лечения, скорейшего выздоровления. В этой связи огромное значение имеют организация работы и нравственные качества медицинского персонала, существующий распорядок дня в стационаре, оборудование и оснащение медицинского учреждения.

Общий уход осуществляется в зависимости от состояния пациента. Если больному предписан общий режим, то он способен самостоятельно выполнять гигиенический уход, принимать пищу, ходить на лечебные процедуры и обследования, даже может выходить на прогулки в пределах больницы. Медсестра в таких случаях проводит только лечебно-диагностические манипуляции (выполнение назначений врача, измерение артериального давления, обеспечение санитарно-гигиенического режима в палате и др.), все остальное осуществляет сам пациент.

При полупостельном режиме больной часть дня проводит вне постели, передвигается в пределах палаты и самостоятельно обслуживает себя. Однако если необходимо провести обследование или медицинскую манипуляцию в специализированном кабинете, то пациента доставляют туда на коляске или каталке. В таком случае помощь со стороны необходима.

При постельном режиме пациенту запрещено вставать с кровати, а при строгом постельном режиме – даже менять положение тела. В такой ситуации больной нуждается в посторонней помощи и полном уходе. Это означает, что все гигиенические, лечебно-диагностические процедуры, прием пищи и лекарств, физиологические отправления осуществляются в постели. Лежащий больной целиком зависит от обслуживающего персонала и нуждается не только в квалифицированном уходе, но и в особом психологическом подходе.

Выделяют такое понятие, как «специальный уход». К нему относятся мероприятия по уходу за больным, проводимые при определенной патологии. Например, оказание помощи при почечной колике, гипертоническом кризе, приступе бронхиальной астмы.

При возникновении неотложных состояний на фоне острых или хронических заболеваний пациент нуждается в экстренной помощи. До прибытия специалистов больному необходимо оказать первую доврачебную помощь, чтобы облегчить его состояние, предотвратить развитие тяжелых последствий, иногда – спасти жизнь. В таких ситуациях необходимы четкие быстрые действия, поэтому первая неотложная помощь в данном справочнике представлена в виде описания основных симптомов неотложного состояния и необходимого алгоритма – списка продуманных последовательных действий.

В справочнике также перечислены основные медицинские манипуляции по уходу за больным. При их выполнении надо соблюдать определенную последовательность действий.

Реабилитация нужна пациенту для восстановления утраченных функций. Например, после инсульта часто наблюдаются нарушения речи, параличи; после инфаркта миокарда больной крайне ослаблен; после оперативного лечения органов пищеварительной системы нарушаются их двигательная и секреторная функции. Чем более профессионально осуществляется уход и раньше начинаются реабилитационные мероприятия, тем больше шансов вернуть пациента к обычному образу жизни.

В процессе реабилитации используются различные методики и средства (массаж, лечебная физкультура, физиотерапия, диетотерапия и др.), подробно описанные в этой книге. Уход и реабилитационные мероприятия неразрывно связаны с лечением, они взаимодополняют друг друга.

Для восстановления утраченного здоровья при многих заболеваниях можно воспользоваться средствами народной медицины, также представленными в этой книге (фиторецептами, народными советами).

Следует помнить, что фитотерапия требует согласования с лечащим врачом, так как некоторые лекарственные растения могут содержать сильнодействующие или ядовитые вещества. Особенно важно это в случае, если пациент параллельно получает медикаментозное лечение. Комплексная терапия, как правило, более эффективна, но она должна быть назначена исключительно специалистом.

Осуществляя уход за больным, медсестра выполняет назначения врача: раздачу лекарств, инъекции, клизмы, ставит горчичники и компрессы, сопровождает пациента на обследование и др. При выполнении процедур и осуществлении ухода медсестра должна учитывать индивидуальные особенности пациента (ребенок, пожилой человек, больной в бессознательном состоянии, с психическими заболеваниями). Особенности ухода за пациентами различных категорий посвящена отдельная глава.

В процессе ухода медсестра должна вести наблюдение за больным, следить за состоянием его сознания, различными физиологическими параметрами, регулярностью опорожнения кишечника, диурезом. Кроме того, медсестра обращает внимание на появление одышки, рвоты, мокроты, стула и на их характер. В книге представлены главы по уходу за пациентами в послеоперационном периоде и при хронических заболеваниях.

Большое значение для успешного лечения и восстановления больных имеет диетотерапия. С помощью диетотерапии можно уменьшить нагрузку на пораженный орган, скорригировать обменные нарушения, воздействовать на защитные силы организма, повысить способность некоторых тканей к восстановлению, уменьшить аллергические проявления. При хронических заболеваниях необходимо постоянно придерживаться лечебной диеты – это уменьшит частоту обострений и будет препятствовать дальнейшему прогрессированию заболевания.

Особого внимания требуют пациенты с затяжными и хроническими заболеваниями. Длительное применение различных лекарственных средств может вызвать ряд осложнений со стороны жизненно важных органов, например почек и печени. В таком случае для улуч-

шения состояния по назначению врача используют отвары и настои лекарственных трав, принимают витамины и минеральные вещества, придерживаются лечебного питания.

Кроме того, справочник предоставляет информацию о правах пациента, которые должны неукоснительно соблюдаться. Уважение к личности больного человека, его мнению и решениям по вопросам, касающимся собственного здоровья, соблюдение медицинской тайны и этики обязательны для каждого медицинского работника.

Часть I

Медицинская сестра и пациент

Глава 1

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДСЕСТРЫ

Основные стороны медицинской этики определяют отношение медицинского работника к пациенту, обществу и взаимоотношения медицинских работников между собой. Этика сестринского дела является одним из разделов биоэтики, смысл которой заключается в проявлении гуманизма во всех сферах медицинской деятельности.

Под медицинской этикой подразумевают сочетание нравственных норм, которым обязаны следовать медицинские работники в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей. При этом медицинская этика весьма тесно соприкасается с медицинской деонтологией – учением о проблемах морали и нравственности, являющимся разделом этики. Деонтология главным образом определяет нормы взаимоотношений медицинского работника и пациента. Этика и деонтология тесно взаимосвязаны. Впервые термин «деонтология» ввел в обиход британский философ И. Бентам в начале XIX в., подразумевая под ним учение о нормах поведения представителя любой профессии. Слово «деонтология» является производным от двух греческих корней: *deon* – «должное», и *logos* – «учение». Следовательно, медицинская деонтология – это учение о долге медицинских работников перед пациентом. Согласно формулировке древнегреческого врача Гиппократы «...должно обращать внимание, чтобы все, что применяется, приносило пользу».

Определение «этика» используется, когда речь идет о теории морали, того или иного толкования таких понятий, как долг, совесть, честь, справедливость и т. п. Соблюдение этики и деонтологии представляется чрезвычайно важным в системе взаимоотношений между медработником и его подопечным. Известно, что врачи, приступая к профессиональной деятельности, приносят клятву Гиппократы, определяющую понятия врачебной этики. Аналогом данного текста для медицинских сестер стала клятва английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл в XIX в.

По окончании Второй мировой войны основанная в 1947 г. Всемирная медицинская ассоциация начала свою деятельность с разработки и принятия Женевской декларации, явившейся по сути обновленным вариантом клятвы Гиппократы. Толчком к созданию декларации стали известные события, когда «докторами» Третьего рейха и его союзников дискредитировалась сама профессия врача: с целью осуществления так называемых «научных исследований» были проведены десятки тысяч бесчеловечных экспериментов над людьми, унесших огромное количество жизней. Женевская декларация не только лишний раз подчеркнула важность стремления медицинского работника к гуманистическим идеалам, но и гарантировала независимость его профессии от идеологии и политики.

Согласно современным правилам этики и деонтологии работа в медицинском учреждении должна подчиняться строгой дисциплине с соблюдением субординации. По отношению к пациенту медицинский работник обязан проявлять внимательность и корректность.

К деонтологии относится также такой аспект, как сохранение врачебной тайны. Бывают ситуации, когда целесообразно скрыть от пациента реальное состояние его здоровья и дальнейший прогноз, особенно в онкологии. Сохранять тайну обязаны не только врачи, но и все представители медицинского персонала, контактирующие с пациентом.

Непосредственное отношение к медицинской деонтологии имеет ятрогения – болезненное состояние, развивающееся у пациента в связи с негативным влиянием на него медицинского работника. Неосторожное озвучивание в присутствии пациента серьезного диагноза, упоминание о возможном летальном исходе и другие сведения – все это может негативно отразиться на его психическом и физическом состоянии. Также недопустимо в присутствии пациента обсуждать состояние здоровья и диагнозы других больных. Если пациенту свойственны чрезмерная мнительность и психологическая нестабильность, то ему легко внушить, что у него имеется какая-нибудь патология. При этом человек начинает искать у себя симптомы несуществующей болезни. В такой ситуации медицинский работник должен постараться убедить пациента в отсутствии надуманных заболеваний. К ятрогении также причисляются болезни и повреждения, возникшие вследствие неквалифицированных или необдуманных действий врача.

Взаимоотношения медицинского работника с коллегами – часть деонтологии. Недопустимо критиковать действия сослуживца или даже незнакомого медработника в присутствии пациента. Замечания коллегам следует делать исключительно с глазу на глаз, сохраняя таким образом их авторитет. Медицинский работник должен прислушиваться к любому совету, даже если он исходит от сотрудника рангом ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует говорить пациенту, что консультировавший его специалист плох.

Тактика медицинского работника и его отношения с пациентом всегда должны строиться с учетом индивидуальных особенностей характера больного, уровня его образованности и тяжести его состояния. Взаимоотношения медицинского работника с родными и близкими пациента представляют собой наиболее сложную проблему в современной медицинской деонтологии. Если заболевание не опасно, прогноз благоприятный, а лечение проходит согласно намеченному плану, то можно быть максимально откровенным.

В случае, если имеются какие-либо осложнения, допустим тактичный разговор с ближайшими родственниками. Самым разумным со стороны медицинской сестры является в тяжелых случаях ответ типа «спросите у лечащего врача».

Особенное значение в определении правил поведения медсестер имеет Этический кодекс медицинской сестры России. При его составлении были учтены новые идеи, оказавшие влияние на профессиональную этику медсестры.

В первую очередь этот документ отражает современные представления о правах пациента, которые во многом определяют обязанности медицинского работника.

За нарушение Этического кодекса медицинской сестры России медсестра несет ответственность, предусмотренную Уставом Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России.

Согласно документам, на основе которых был составлен Кодекс (таким как Устав Всемирной организации здравоохранения (1946 г.), Этический кодекс медицинских сестер Международного совета медицинских сестер (1973 г.) и т. д.), медицинские сестры являются не только исполнителями назначений врача, но и представителями самостоятельной профессии, обладающими навыками комплексного ухода за больными, и располагают необходимым уровнем знаний в области психологии.

Первое впечатление о лечебном учреждении основывается в том числе и на том, как вас встретил медицинский персонал, и именно это определяет дальнейшие взаимоотношения пациента и медперсонала, наличие или отсутствие между ними доверия и т. д. И внешний вид, и внутренний эмоциональный настрой медсестры должны располагать к ней пациента. Медсестре не следует отстраненно называть пациента «больной», поскольку это говорит о ее безразличном отношении. Для создания атмосферы доверия в общении между медсестрой и пациентом необходимо дать больному возможность почувствовать, что вам не безраз-

лична его судьба и вы действительно хотите ему помочь. Только в такой ситуации может возникнуть та степень доверия, при которой медсестра может получить полную и объективную информацию о подопечном, особенностях его психики, узнать его мнение о собственном заболевании и больничных условиях. Такая информация даст возможность поставить сестринский диагноз, что в дальнейшем облегчит процесс излечения.

Медсестре необходимо помнить, что всегда следует оставлять за собой ведущую роль и не переходить грань между доверием и панибратством. Медицинская сестра должна стараться способствовать возникновению между ней и пациентом эмпатии, но ни при каких условиях не идентифицировать себя с больным: при всем понимании его проблем и стремлении облегчить его состояние, помочь ему следует критично относиться к своим действиям и не допускать того, чтобы идти у него на поводу. Для установления доверительных отношений необходимо убедить пациента в конфиденциальности ваших бесед.

Получив представление об особенностях личности пациента, его эмоциональных переживаниях, медсестра может тактично разъяснить ему не только его права, но и обязанности, а также аккуратно подготовить больного к обследованиям и терапевтическим процедурам, изложив необходимую информацию в доступной форме. Нежелание больного проходить некоторые процедуры не должно спровоцировать развития негативного отношения к нему со стороны медицинской сестры.

При построении взаимоотношений «медсестра – пациент» важное значение имеют индивидуальный стиль работы и личные особенности медицинской сестры. Необходимыми качествами в данном случае являются профессионализм, сострадание, милосердие, безграничное терпение, ответственность и вежливость.

Стиль работы и поведение медсестры во многом зависят от этических норм, установленных в данном лечебном учреждении. К сожалению, частым недостатком среднего медицинского персонала является нравственная индифферентность (безразличие). Некоторые поступки, противоречащие основным понятиям этики и деонтологии, медики объясняют наличием объективных факторов современной действительности. Тем не менее не существует таких обстоятельств, которые могли бы стать оправданием неэтичных поступков медицинского работника.

Глава 2

ПРАВА ПАЦИЕНТА

У всех законов, принятых в нашем государстве, – одна главная цель, которая заключается в защите жизни, здоровья, свободы и человеческого достоинства граждан. Отстаивая свои основные права, мы защищаем не только самих себя, но и свою страну.

Одним из основных социальных благ является здоровье человека, являющееся непреходящей ценностью как личности, так и общества. В последние десятилетия это стало особенно актуальным в связи с ростом так называемых «социальных» заболеваний, к которым относятся венерические болезни, ВИЧ-инфекция, наркомания и туберкулез. Данным заболеваниям наиболее подвержены группы населения, дискриминируемые обществом, а также работники сферы здравоохранения. Неизбежным следствием дискриминации пациентов являются различные нарушения их прав, ведущие к усугублению их проблем. Даже вполне благополучные люди при обращении в лечебное учреждение совершенно не застрахованы в настоящее время от нарушения их прав. К сожалению, многим пациентам порой поневоле приходится постигать азы юриспруденции, чтобы доказать свою правоту и восстановить справедливость.

«Право каждого человека на жизнь охраняется законом» (статья 2 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод).

Все виды медицинской деятельности согласно существующему законодательству являются медицинской услугой, оплачиваемой из бюджетов разных уровней, страховых фондов и других источников, включая личные средства пациента. Форма оплаты услуг зависит от форм собственности лечебных учреждений (частная клиника, муниципальное медучреждение и т. д.). В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации государство предоставляет гражданам медицинские услуги бесплатно в принадлежащих ему учреждениях. При этом гражданин обязан платить в государственную казну налоги, за счет которых здравоохранение обеспечивается необходимыми материальными ресурсами. Сотрудники государственных медицинских учреждений принимают на себя конституционные обязанности государства.

С 1 января 2005 г. вступил в действие Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, в соответствии с которым действовавшее ранее общее правило о бесплатном предоставлении гражданам РФ всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи заменено предоставлением медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, устанавливаемой и изменяемой Правительством РФ (при лечении пациентов в государственных медицинских учреждениях).

Получение пациентом медицинских услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования предполагает, что оно осуществляется исключительно при условии, что им был заключен договор добровольного медицинского страхования.

Пациент, который обратился в любое лечебно-профилактическое учреждение или к врачу, занимающемуся частной практикой, имеет право на бесплатное предоставление полного объема информации об оказываемых услугах, их стоимости и условиях их исполнения. Данное право гарантируют пациенту ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей» и пункт 10 Правил предоставления платных услуг населению. Полная информация об этом, перечень услуг и прейскурант должны размещаться на видном месте во всех лечебно-профилактических учреждениях.

Возможно возникновение неприятной ситуации, когда помощь вам оказывается в не удовлетворяющих вас санитарно-гигиенических условиях. В данном случае следует обратиться с жалобой в органы санитарно эпидемиологического надзора.

Основанием для проверки и принятия определенных мер является несоблюдение медицинским учреждением нормативов, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации, которые называются «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы».

Из «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г.

Согласно ст. 15 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» медицинские учреждения различных форм собственности имеют право оказывать соответствующие услуги исключительно при наличии лицензии. Лицензией называется выданное государством разрешение на осуществление определенных видов медицинской деятельности и предоставление услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Она выдается только после аккредитации учреждения (в соответствии со ст. 20 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ»). Согласно ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» пациент, обратившийся в медицинское учреждение, имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций у других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 настоящих «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со ст. 31 настоящих «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 настоящих «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Неуважительное и даже негуманное отношение к пациентам со стороны медицинского персонала ни в коем случае не является нормой. Существующее законодательство предоставляет возможность пациенту адекватно отреагировать на факт неуважения и по крайней мере написать жалобу на имя руководителя медицинского учреждения. В составленной вами жалобе должно быть подробно изложено, в чем именно проявилось неуважение к вам. Также вы можете подать на медицинского работника в суд и требовать компенсации морального ущерба.

Одним из важнейших является ваше неотъемлемое право выбора врача. Однако этим бывает довольно затруднительно воспользоваться в условиях бесплатной муниципальной поликлиники, когда вы проживаете на участке, который обслуживается определенным врачом. В данном случае вы вправе обратиться к администрации медицинского учреждения с письменной просьбой о замене лечащего врача. Если вы получили отказ от администрации, то можете обращаться в вышестоящие инстанции; в любом случае ваша просьба должна быть удовлетворена.

Вы можете реализовать право на полную конфиденциальность информации о фактах обращения в медицинское учреждение, о состоянии вашего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных в процессе обследования и лечения, следующим образом: заявите о том, что вы настаиваете на сохранении всей информации, полученной от вас, в тайне в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ст. 30, пунктом 6. Письменное заявление о требовании сохранения тайны должно быть вклеено в вашу медицинскую карту.

Получение от человека его согласия на проведение медицинского вмешательства в том или ином объеме определяется ст. 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В данной статье оговаривается, что в ситуациях, когда состояние здоровья пациента не позволяет ему четко выразить свою волю и при этом представляет явную угрозу для здоровья и жизни, вопрос об осуществлении неотложной медицинской помощи решает консилиум врачей, а при невозможности собрать таковой – непосредственно лечащий или дежурный врач. О данном факте должны быть своевременно поставлены в известность соответствующие должностные лица медицинского учреждения. Согласие на проведение медицинских вмешательств в отношении детей младше 15 лет и граждан, официально признанных недееспособными, должны давать их законные представители, как правило, родители ребенка или же его опекуны. Проще говоря, врачу перед проведением какого-либо вмешательства следует получить информированное добровольное согласие одного из родителей ребенка. Если не имеется возможности связаться с законными представителями пациента, то решение принимается консилиумом врачей или лично лечащим врачом, т.е. тактика в данном случае такая же, как и по отношению ко взрослому пациенту, не способному выразить свою волю.

Условия отказа от медицинского вмешательства детально изложены в ст. 33 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» – «Отказ от медицинского вмешательства».

Любой человек и в любой момент имеет полное право отказаться от медицинской помощи, предварительно уведомив об этом врача или иного медицинского работника и поставив личную подпись под соответствующей пометкой в медкарте или другом официальном документе.

Согласно ст. 54 и 55 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» право на оказание населению медицинской помощи имеют только дипломиро-

ванные специалисты, получившие сертификат и лицензию на осуществление определенных видов деятельности. Занятие незаконной медицинской практикой преследуется по закону.

«Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом» (ст. 45 Конституции Российской Федерации).

Вы можете потребовать провести врачебный консилиум, если не очень доверяете мнению одного конкретного врача. Консилиум собирается вашим лечащим врачом и при его обязательном участии. Статус лечащего врача определен ст. 58 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Лечащий врач обязан организовать своевременное, всестороннее и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставлять полную и объективную информацию о состоянии его здоровья по требованию самого пациента или его законного представителя.

Любой пациент имеет право на облегчение боли, связанной с его заболеванием или медицинскими манипуляциями, что обязывает сотрудников медицинского учреждения принять все доступные меры по снижению болевых ощущений. При этом пациент должен предварительно получить полную информацию, касающуюся возможных последствий применения данных средств. Обезболивание должно быть рациональным и хорошо обдуманным.

Из проекта российской Декларации в защиту прав пациента от 28.05.2010 г.

В ст. 1 говорится о том, что пациентом считается любой человек, обратившийся за медицинской помощью, независимо от состояния своего здоровья и/или наличия какого-либо заболевания. Понятие медицинской помощи включает в себя мероприятия, направленные на диагностику, лечение и профилактику заболевания (заболеваний), а также уход и предоставление медицинской информации.

Ст. 2 подтверждает, что права, изложенные в настоящей Декларации, признаются за всеми пациентами на территории Российской Федерации независимо от нозологической принадлежности и степени тяжести заболевания (заболеваний), которым страдает пациент и без различия и дискриминации по признакам расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, материального положения, рождения или любого другого фактора независимо от того, относится ли это к самому пациенту или к его семье.

В ст. 3 говорится о том, что интересы пациента выше интересов общества и науки; каждый пациент имеет право на уважение своего достоинства. Отношения между пациентом и врачом должны строиться на принципах терпимости, взаимопонимания и с соблюдением прав и основных свобод каждой из сторон.

Ст. 4 свидетельствует о том, что каждый пациент имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в том объеме, который определяется общим состоянием его здоровья, нозологической формой и степенью тяжести заболевания (заболеваний), а также степенью ограничения возможностей пациента реализовывать свои потребности, обусловленной заболеванием (заболеваниями), но не менее объема обязательной медицинской помощи.

Объем обязательной медицинской помощи при любом заболевании (заболеваниях) должен соответствовать уровню развития современной медицины, включать в себя методы с доказанной эффективностью и безопасностью и должен быть закреплен нормативными актами Министерства здравоохранения РФ и (или) местных (городских, областных и региональных) органов здравоохранения. Объем обязательной медицинской помощи не ограничивает врача в его действиях, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента,

а лишь определяет тот минимальный объем медицинской помощи, которая должна быть ему оказана.

Ст. 5 подтверждает, что каждый пациент имеет право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений в рамках объема обязательной медицинской помощи. Неотложная медицинская помощь предоставляется пациенту бесплатно всеми медицинскими учреждениями и специалистами независимо от места работы последних, в полном объеме и до тех пор, пока сохраняется угроза жизни пациента.

В ст. 6 говорится о том, что каждый пациент имеет право на полную и достоверную информацию относительно состояния своего здоровья, включая: диагноз; информацию о существующих методах профилактики, диагностики и лечения с обязательным разъяснением показаний и противопоказаний для каждого метода; оценку риска возможных осложнений и побочных эффектов того или иного врачебного вмешательства; прогноз. Информация о состоянии здоровья пациента должна предоставляться в деликатной и доступной для него форме. Каждый больной имеет право на полный или частичный отказ от предоставления информации относительно своего здоровья. В тех случаях, когда имеются веские опасения, что предоставление информации относительно состояния здоровья пациента в полном объеме может не столько принести ему пользу, сколько причинить серьезный вред, допускается ограничение информации, но только той ее части, которая представляет реальную угрозу для здоровья и жизни больного. Информация относительно состояния здоровья пациента является конфиденциальной и не может быть предоставлена третьим лицам без согласия самого больного, даже после его смерти. В случае злокачественного или крайне тяжелого течения заболевания, а также в ожидании скорого неблагоприятного исхода информация относительно состояния здоровья больного может быть предоставлена его ближайшим родственникам или другим лицам, проявляющим заботу о пациенте.

Ст. 7 предусматривает право больного на полный или частичный отказ от предлагаемой медицинской помощи при условии, что ему были разъяснены последствия этого шага. Полный или частичный отказ пациента от предлагаемой медицинской помощи не может служить причиной ограничения его в правах, предусмотренных настоящей Декларацией, и не должен влиять на взаимоотношения врача и б. Осуществление права на полный или частичный отказ от предлагаемой медицинской помощи может быть ограничено в случаях, предусмотренных законодательством, с целью защиты здоровья, прав и законных интересов как самого пациента, так и других лиц.

Ст. 8 говорит о том, что участие больного в биомедицинских исследованиях допускается только с его информированного согласия, для обеспечения которого пациенту должна быть предоставлена полная и достоверная информация о целях и задачах исследования, о показаниях и противопоказаниях к применению изучаемого метода или лекарственного препарата, также пациент должен быть проинформирован о возможных последствиях своего участия в эксперименте. Каждый больной имеет право на отказ от участия в биомедицинских исследованиях, даже если они совмещены с оказанием медицинской помощи. Отказ пациента от участия в биомедицинских исследованиях не может служить причиной ограничения его в правах, предусмотренных настоящей Декларацией, и не должен влиять на взаимоотношения врача и больного.

В случае, если методика биомедицинского исследования не предполагает информированного согласия пациента на участие в эксперименте, необходимость ограничения его права на информацию должна быть рассмотрена независимой экспертной комиссией и оформлена в соответствии с законодательством.

Ст. 9 предусматривает право каждого пациента на повторное обследование и на повторную консультацию у специалиста (специалистов), если результаты предыдущих

обследований и консультаций не позволяют ему дать информированное согласие на оказание медицинской помощи.

Ст. 10 говорит о том, что обращение больного за альтернативной медицинской помощью не может служить причиной ограничения его в правах, предусмотренных настоящей Декларацией, и не должно влиять на взаимоотношения врача и пациента.

В ст. 11 подтверждается, что каждый больной имеет право на информацию относительно своих прав и способах их защиты.

Ст. 12 подтверждает, что в случае несовершеннолетия пациента осуществление его прав, изложенных в настоящей Декларации, переходит к его родителям или к другим лицам, проявляющим заботу о больном в соответствии с законом. В случае если пациент признан судом недееспособным и не может надлежащим образом осуществлять все свои права или же возникает необходимость в их ограничении, то осуществление прав, изложенных в настоящей Декларации, полностью или частично переходит к родным больного или к другим лицам, проявляющим о нем заботу в соответствии с законом.

В ст. 13 говорится о том, что ничто в настоящей Декларации не может быть истолковано как предоставление какому-либо лицу или группе лиц права совершать какие-либо действия, направленные на ограничение прав, провозглашенных в данной Декларации, в большей степени, нежели это предусматривается законодательством. В равной степени ничто в настоящей Декларации не может быть истолковано как отрицание или умаление общепризнанных прав и свобод человека независимо от того, является ли он пациентом или нет.

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно»... (ст. 41 Конституции Российской Федерации).

Ст. 14 сообщает о том, что данная Декларация подлежит периодическому пересмотру со внесением дополнений и изменений, соответствующих уровню развития общества и медицины, но только в сторону расширения и приумножения провозглашенных в Декларации прав пациента.

Медицинское вмешательство без согласия пациента

Оказание медицинской помощи больному без его согласия или согласия его законных представителей возможно только в том случае, если пациент находится в угрожающем его жизни состоянии, требующем неотложной помощи, и не может выразить свое решение, а его законные представители отсутствуют.

Осуществление медицинских вмешательств в отношении больных без их предварительного согласия или согласия их законных представителей, связанное с теми или иными мероприятиями по борьбе с эпидемиями, регламентируется соответствующими разделами санитарного законодательства РФ.

Психиатрическое освидетельствование и помещение в стационар пациентов, страдающих серьезными расстройствами психики и представляющих опасность для себя и окружающих, осуществляются без их согласия и в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В том случае если человек совершил общественно опасное деяние, то он по решению суда, может быть отправлен на принудительное лечение в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Нахождение такого пациента в лечебном учреждении закрытого типа продолжается до момента исчезновения оснований для пребывания в нем или по решению суда.

Глава 3

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ

Уход за пациентами детского возраста

Общий уход

Уход за маленькими пациентами – дело чрезвычайно сложное и ответственное, имеющее зачастую не меньшее значение, чем лечебные процедуры. Специфика ухода зависит от возрастной категории ребенка, характера и тяжести его заболевания. Существует и ряд общих рекомендаций, основными из которых являются строгое и неукоснительное следование назначениям лечащего врача, предписанному режиму и диете.

Если недомогание ребенка становится заметно, следует сразу же измерить температуру. Даже при незначительном повышении температуры тела необходимо обеспечить ребенку покой, уложить его в постель и на всякий случай оградить его от общения с другими детьми. Обязательно следует вызвать врача.

Перед проведением лечебных процедур дети часто боятся и выказывают недовольство, особенно если манипуляции сопряжены с неприятными или болезненными ощущениями. Довольно проблематично бывает поставить ребенку укол, клизму или горчичники. В этом случае медицинскому работнику или лицу, осуществляющему уход (например, отцу или матери), следует проявить терпение и изобретательность.

Не нужно обманывать ребенка, убеждая, что укол – это совершенно не больно, а таблетки или микстура – вкусные. Обманув таким образом малыша раз-другой, в дальнейшем можно полностью потерять его доверие и уговорить его с каждым разом будет все сложнее.

Гораздо целесообразнее успокоить ребенка, объяснив, что укол – это чуть-чуть неприятно, как комарик укусит, и т. д. Можно также попросить малыша озвучить стихотворение, считалочку или что-нибудь еще – это отвлечет его внимание и уменьшит негативные впечатления.

Помните, что любые медицинские препараты должны быть недостижимы для ребенка. Это касается всех лекарств без исключения! После того как ребенок примет свое лекарство, уберите его из поля зрения в такое место, куда малыш не доберется. К сожалению, из-за халатности родителей регулярно и повсеместно регистрируются случаи отравления детей, оставленных без присмотра, различными медицинскими препаратами.

Перед тем как предложить ребенку принять назначенное лекарство, важно внимательно прочитать информацию на упаковке, ознакомиться с дозировками и побочными эффектами. Четко соблюдайте указанную врачом частоту приема препарата и его дозировку. Не полагайтесь только на свою память: напишите список препаратов и их дозировку и поместите его на видное место. Сверьте дозировки в рекомендациях лечащего врача и в инструкции, прилагаемой к лекарству. Если имеются расхождения, то следует дополнительно проконсультироваться у педиатра.

Препараты, выпускаемые в виде таблеток, в некоторых случаях, особенно детям грудного возраста, рекомендуется предварительно размалывать в порошок и смешивать с небольшим количеством жидкости. Для грудничков в данном случае размолотую таблетку смешивают с грудным молоком.

Различные сиропы дают ребенку с помощью специальных мерных ложечек, обычно прилагающихся к препарату. Если таковой в комплекте не оказалось, воспользуйтесь обычной чайной или десертной ложкой, соблюдая предписанную разовую дозу. После каждого приема ложку следует тщательно вымыть, поскольку в сладкой среде размножаются многие болезнетворные микроорганизмы. Перед тем как дать сироп ребенку, определите примерную температуру препарата – она должна быть комнатной, если в инструкции нет особых указаний на этот счет.

Если лекарство имеет выраженный горький вкус, то его следует запивать обыкновенной кипяченой водой, можно с добавлением сахара. Использовать для этой цели чай, соки, компоты и другие напитки не рекомендуется, поскольку это может неблагоприятно сказаться на действии лекарственного препарата, например снизить его эффективность.

Лучше прием необходимого лекарства обыграть. Так, сначала можно дать лекарство кукле и рассказать, зачем ей нужно его принимать. Все зависит не столько от характера ребенка, сколько от фантазии ухаживающего за ним взрослого и его умения найти к малышу индивидуальный подход.

Больному ребенку лучше выделить индивидуальную посуду. Красивые тарелочки и бокальчик с яркими рисунками помогут привлечь внимание малыша к пище и накормить его.

Кормление больного ребенка – зачастую такая же серьезной проблема, как и прием лекарств. Как правило, на фоне плохого общего самочувствия аппетит у ребенка снижен или полностью отсутствует. При этом организму нужно значительное количество калорий для борьбы с недугом. Не старайтесь накормить больного малыша во что бы то ни стало, поскольку это может только спровоцировать всплеск отрицательных эмоций и привести к рвоте. Попробуйте кормить ребенка дробно, маленькими порциями; готовьте по возможности его любимые блюда, уделите внимание их украшению – это способствует улучшению аппетита. Старайтесь соблюдать режим кормления – интервалы между приемами пищи не должны чересчур сильно отличаться. В случае, если у ребенка воспалено горло и глотательные движения причиняют боль, постарайтесь предлагать ему пищу в жидком или измельченном виде, давайте ее осторожно, маленькими порциями.

Особого внимания заслуживает кормление ребенка, которому показан постельный режим. Старайтесь кормить его сами или организуйте импровизированный стол в постели, разместив возле спального места табуретку. Можно кормить ребенка и непосредственно в постели, установив тарелки на большой поднос. При этом помогите малышу занять наиболее удобное для приема пищи положение. Лучше, если он будет располагаться в кровати в полусидячем положении с подушками, подложенными под спину.

Каждому больному необходим покой, а заболевшему ребенку он нужен вдвойне. Однако это не предполагает лишения любимых игрушек и прочих доступных развлечений. Следует помнить, что позитивные эмоции ускоряют процесс выздоровления; следите только за тем, чтобы ребенок не переутомлялся, не давайте ему игрушек, с которыми затруднительно играть в постели.

Больного малыша необходимо разместить на отдельной постели в той части помещения, которая достаточно хорошо освещена. Шторы на окнах необходимо раздвинуть, поскольку многие болезнетворные микроорганизмы быстрее погибают под действием солнечного света. Надо следить за тем, чтобы свет не падал непосредственно на кровать ребенка, так как это может его раздражать.

Желательно, чтобы заболевший ребенок спал как можно больше, поскольку его ослабленный организм нуждается в отдыхе в большей степени, чем здоровый. Полноценный сон

повышает общий эмоциональный тонус и улучшает настроение, что благотворно влияет на процесс выздоровления.

Сон ребенка необходимо оберегать, снизив до минимума шум в комнате, где он отдыхает, а также в соседних помещениях. Окна следует занавесить, а источники электрического света выключить. Маленьких детей вечером нужно укладывать раньше, чем обычно. Помещение перед сном должно быть хорошо проветрено.

Малышу необходимо ежедневно менять нательное и постельное белье. Постель ребенка должна иметь ровную и достаточно жесткую поверхность, не прогибающуюся под его тяжестью. Не следует использовать перины или поролоновые матрасы, поскольку они чересчур мягкие и могут способствовать перегреванию тела больного. Подушка должна быть плоской, небольшого размера. Одежду малышу нужно мягкое, непременно с поддевяльником. Обязательно ежедневно проводите уборку постели; при этом одеяло и простыню следует тщательно вытряхнуть, а все неровности и складки расправить, поскольку при длительном нахождении на постельном режиме они могут привести к развитию пролежней.

Наиболее оптимальной одеждой для больного малыша является теплая кофточка с длинными рукавами и удобными застежками или обычная пижама. Ножки ребенка можно не одевать или надеть на них мягкие короткие штанишки. Детишек грудного возраста пеленают, предварительно одев подгузник, состояние которого необходимо проверять значительно чаще, чем у здоровых малышей. Нательное белье заболевшего ребенка, а также постельные принадлежности необходимо складывать до стирки отдельно в закрытой емкости, стирать и кипятить их следует также отдельно.

В распоряжении больного ребенка, которому показан постельный режим, должны быть предметы личной гигиены (полотенце, носовой платок), кипяченая вода или иное питье, посуда, горшок, игрушки и книги. Надо внимательно следить за гигиеническим состоянием тела ребенка. Регулярно умывайте его, купайте, протирайте влажными гигиеническими салфетками и переодевайте в свежую одежду. Малышей, как правило, умывают теплой кипяченой водой с помощью ваты, уделяя особое внимание складочкам на коже. Можно или нельзя купать ребенка – определяет непосредственно лечащий врач: если купание допустимо, не пренебрегайте данной процедурой, поскольку она гораздо эффективнее любых обтираний. Наиболее подходящая температура воды для купания больного ребенка – 37 – 38 °С, а время купания не должно превышать 7 – 8 мин. По окончании купания напоите ребенка теплым чаем и следите за тем, чтобы он не переохлаждался.

Больной ребенок, как, впрочем, и здоровый, нуждается в регулярном проведении таких гигиенических процедур, как чистка ушей, подрезание ногтей и стрижка волос.

У заболевшего ребенка могут гноиться глаза, что сопровождается «склеиванием» век. Это причиняет малышу сильное беспокойство, и он начинает тереть глаза, существенно повышая риск занесения в них инфекции. В данной ситуации, предварительно проконсультировавшись у лечащего врача, глаза следует промывать слабым раствором борной кислоты (1 ч. л. на стакан воды).

Поскольку при высокой температуре часто возникает сухость во рту, необходимо помогать осуществлять полоскания рта и проводить регулярную чистку зубов. Полоскать рот целесообразно обыкновенной кипяченой водой или слабо-розовым раствором перманганата калия, перекисью водорода (1 ст. л. на стакан воды), не допуская их проглатывания.

Можно также использовать отвары лекарственных трав (ромашки или шалфея), обладающие антисептическим действием.

Помещение, в котором пребывает больной ребенок, следует регулярно проветривать, поскольку это повышает содержание кислорода во вдыхаемом воздухе. Если на улице тепло, то окно или форточку целесообразно держать все время открытыми, а в холодное время года

проветривать помещение трижды в день. Перед проветриванием ребенка следует временно вынести в другую комнату или тепло укрыть до уровня подбородка.

Если в результате проветривания температура воздуха в помещении заметно понизилась, воспользуйтесь обогревателем, чтобы повысить ее до прежнего уровня.

По возможности в комнате заболевшего чаще проводите влажную уборку. Каждый день влажной тряпкой вытирайте пыль и мойте пол горячей водой с добавлением раствора хлорной извести (200 мл 10%-ного раствора на 10 л воды). Это особенно важно, если имеется подозрение или уже диагностировано инфекционное заболевание.

Необходимой лечебной процедурой для больного ребенка являются прогулки на свежем воздухе, причем в наибольшей степени это относится к детям с заболеваниями дыхательной системы. Главным условием при прогулке является свободное дыхание через нос, поскольку вдыхаемый воздух согревается и очищается от пыли при прохождении через носоглотку.

Если заболел ребенок школьного возраста, он вынужденно пропустит часть занятий. В период разгара заболевания не стоит загружать его выполнением домашних заданий. Однако по мере улучшения его состояния следует понемногу уделять время и учебе: выполнить заданное на дом и разобрать новые темы.

Помимо обязательных медицинских процедур, огромное значение в процессе выздоровления имеет психологический фактор. Психозмоциональное состояние больного ребенка усугубляется еще и тем, что во время болезни он лишен возможности общаться с друзьями и одноклассниками. Обычно малышу очень неприятно осознавать, что он во многом ограничен и доставляет хлопоты родным и близким, – все это конечно же негативно влияет на его настроение и может усугубить течение заболевания. Задача родителей и окружающих – создать ребенку эмоционально и психологически комфортную обстановку, постараться улучшить его настроение. Ни в коем случае не следует говорить о болезни и медицинских процедурах ни с самим ребенком, ни в его присутствии, чтобы лишний раз не беспокоить его. Лучше разговаривать с больным на отвлеченные темы или просто почитать ему интересную книгу. Если состояние маленького пациента позволяет, то можно вместе заняться рукоделием или рисованием. Покажите ребенку, что он вам дорог, проявите заботу, и он пойдет на поправку гораздо быстрее.

Правильный, тщательный и терпеливый уход за больным малышом имеет исключительное значение в борьбе с заболеванием. Конечно же родителям очень хочется, чтобы их ребенок выздоровел как можно быстрее, а это зависит от аккуратности и точности выполнения предписаний лечащего врача. Помочь членам семьи в правильном выполнении врачебных рекомендаций может участковая патронажная сестра.

Специальный уход

Уход при болях в животе

В случае, если ребенок жалуется на острые боли в области живота, до визита врача недопустимо давать ему обезболивающие препараты, слабительное, ставить клизму или класть на живот грелки. Все эти меры могут либо смазать картину заболевания, затруднив тем самым постановку диагноза, либо вызвать ухудшение состояния. Если жалобы на боли в животе появились в вечернее или ночное время, необходимо безотлагательно вызвать бригаду «скорой помощи». Недопустимо игнорировать жалобы на боли в животе, поскольку можно упустить начальный период весьма тяжелых острых заболеваний органов брюшной полости, при которых показано срочное оперативное вмешательство.

Уход при диарее

Если первым симптомом заболевания стало учащение стула, необходимо проследить за его частотой, цветом, консистенцией и запахом, поскольку эти данные чрезвычайно важны при постановке диагноза. Необходим тщательный уход за кожей в области ануса.

Уход при рвоте

При появлении рвоты ребенка нужно разместить в сидячем положении, наклонив его туловище и голову вперед во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути. После рвоты ребенку надо прополоскать рот кипяченой водой. Следует обратить внимание на характер рвотных масс (с желчью, примесью крови, в виде кофейной гущи) и сохранить их до прихода врача.

Уход при гипертермии

При существенном повышении температуры тела, особенно если ребенок жалуется на головную боль и у него учащен пульс, до прихода врача на лоб больного следует поместить влажную салфетку, периодически меняя ее. С целью снижения температуры конечности и туловище ребенка рекомендуется обтереть медицинским спиртом, разбавленным водой в соотношении 1 : 1, или водкой. Допустимо дать больному легкое сердечное средство, например настойку валерианы, в таком количестве, при котором число капель соответствует числу полных лет пациента. При высокой температуре ребенку нужно обильное питье, одежда должна быть легкой.

Уход при катаральных явлениях

Если первым признаком заболевания является насморк, осложняющий дыхание через нос, стоит закапать в него лейкоцитарный интерферон, который можно приобрести в аптечной сети. Целесообразно закапывать его ежедневно по 2 капли в каждую ноздрю. При отсутствии под рукой интерферона можно применить 0,25 – 0,5%-ные оксолиновые мази. Детям старшего возраста при выраженном насморке для облегчения носового дыхания рекомендуется закапывать нафтизин или детский галазолин.

При кашле возьмите малыша на руки. Первые жалобы заболевшего ребенка могут быть связаны с болью в ушах. Маленькие дети в такой ситуации морщатся при глотании, у них полностью отсутствует аппетит, нарушен сон, ночью они неожиданно просыпаются с громким плачем. Дети старшего возраста могут объяснить, что боль в ухе имеет стреляющий характер. До прихода врача при болях в ухе целесообразно наложить на больную сторону согревающий компресс.

Уход при обморочном состоянии

Первым симптомом начала заболевания сердечнососудистой системы может стать обморок. При обмороке у ребенка отмечается внезапная и полная потеря сознания, при этом дыхательная и сердечная деятельность ослаблены. В случае, если обморочное состояние развилось в закрытом помещении, следует обеспечить приток свежего воздуха, открыв форточки или окна, малыша нужно разместить в горизонтальном положении так, чтобы голова оказалась чуть ниже туловища, стесняющую дыхание одежду нужно расстегнуть или снять, лицо пострадавшего обрызгать холодной водой и дать понюхать вату, смоченную нашатырным спиртом.

Уход при кожных заболеваниях

Если у ребенка имеются те или иные поражения кожи, например диатез, врач может порекомендовать ему принимать лечебные ванны с добавлением предварительно пригото-

ленного раствора перманганата калия, отвара коры дуба, отрубей и т. д. Ванны могут быть как общими, когда в воду погружается все тело, так и местными – как правило, ножными. Для того чтобы приготовить ванну с марганцовкой, кристаллы перманганата калия растворяют в отдельной емкости для получения 5%-ного раствора и постепенно капают его в воду, пока она в ванночке не приобретет розоватый оттенок. Непосредственно в ванну кристаллы данного вещества всыпать нельзя, поскольку в случае неполного растворения они могут вызвать ожоги кожи ребенка. Ванны с раствором перманганата калия назначаются обычно новорожденным. Марганцовка обладает хорошим обеззараживающим эффектом, что весьма актуально при незажившей пупочной ранке.

Местные ванны, как правило, рекомендуются детям старшего возраста. Наиболее распространенным видом местных ванн являются ножные с добавлением горчицы (если нет на нее аллергической реакции). Такая процедура довольно эффективна при простудных заболеваниях с респираторными проявлениями. Для приготовления ножных ванн налейте в таз или ведро горячую воду и растворите в ней 100 г горчичного порошка. Затем воду остудите до 40 – 45 °С во избежание ожогов кожи, после чего опустите в нее ноги ребенка на 20 – 30 мин. Колени прикройте полотенцем. После окончания процедуры ноги малыша вымойте чистой теплой водой, тщательно вытрите и наденьте на них теплые носки или чулки, уложите ребенка в постель, укрыв одеялом.

Уход при инфекционных заболеваниях

При осуществлении ухода за ребенком с инфекционным заболеванием повышенное внимание уделяйте гигиеническому состоянию кожных покровов и слизистых оболочек, поскольку они являются не только барьером для проникновения инфекционных агентов, но и органами дыхания и выделения. Следует помнить, что болезнь, как правило, не является противопоказанием для купания; нужно лишь соотносить объем гигиенических мероприятий с общим состоянием ребенка. После того как малыша искупали, обязательно насухо вытрите его мягким теплым полотенцем. Совсем маленьких детей необходимо подмывать теплой водой после завершения каждого акта дефекации или мочеиспускания.

После того как кожа ребенка высохнет, припудрите ее специальной детской присыпкой или нанесите на нее детский крем, не вызывающий аллергических реакций. Если ребенок находится в тяжелом состоянии и ему показан строгий постельный режим, то раз в день его нужно осматривать на предмет раннего выявления возможных пролежней. Как правило, они локализуются в затылочной области, в районе крестца, лопаток, локтевых и тазобедренных суставов, пяток. Одним из первых симптомов начинающегося развития пролежня является наличие на коже красного пятна, болезненного при пальпации. Следует регулярно изменять положение больного ребенка в постели, осторожно массируя участки кожи, где риск развития пролежней наиболее высок. После проведения массажа проблемные области кожных покровов протирают 70%-ным раствором медицинского (лучше камфорного) спирта. Если риск развития пролежней высок, то под тело больного малыша следует подкладывать надувную резиновую подушку или специально предназначенный для этих целей круг.

У детей наиболее часто возникают такие инфекционные заболевания, как корь, ветряная оспа, краснуха, паротит. Риск заражения этими инфекциями при контакте с больным человеком очень велик, поэтому практически каждый переносит их еще в детском возрасте.

Губы у детей при лихорадочной реакции часто трескаются, поэтому смазывайте их жирным кремом или вазелином. Для приема внутрь ребенку назначают поливитаминные комплексы, в состав которых непременно должен входить рибофлавин. При постоянной выраженной сухости слизистых оболочек полости рта малышу можно давать леденцы (если

позволяют возраст и общее состояние), фруктовые и ягодные соки, некрепкий чай, подкисленный соком лимона. Каждый день, в утренние часы и непосредственно перед сном больной ребенок должен чистить зубы. При этом предпочтение следует отдавать зубной пасте, обладающей дезинфицирующими свойствами, поскольку на фоне общего ослабления организма размножение микроорганизмов в полости рта может идти значительно быстрее. У тяжелобольных детей слизистые оболочки полости рта нужно обрабатывать с помощью тампона с дезинфицирующим раствором. Данная манипуляция выполняется 2 – 3 раза в день с целью удаления слизи и пищевых остатков. Для профилактики образования трещин языка целесообразно смазывать его свежим несоленым сливочным маслом; можно также использовать глицерин.

В период заболевания особого ухода требуют глаза ребенка. Существует целый ряд инфекционных заболеваний, при которых вследствие снижения общей сопротивляемости организма к инфекциям развиваются конъюнктивиты, склериты, кератиты. При этом значительно увеличивается вероятность активации вторичной бактериальной микрофлоры. Во избежание осложнений глаза больного 2 – 3 раза в день надо промывать с помощью ватного тампона, обильно смоченного слабым (0,02%-ным) раствором фурацилина. Движения должны быть направлены от наружного угла глаза к внутреннему. Можно также рекомендовать для промывания глаз холодную крепкую чайную заварку.

Инфекционные заболевания отличаются особой динамичностью и волнообразным течением, причем нередко состояние больного ребенка может кардинально меняться в течение короткого срока. В связи с этим при уходе важную роль играет динамическое наблюдение за состоянием ребенка. Контролируя состояние, обращайтесь повышенное внимание на появляющиеся жалобы, изменение общего самочувствия и нервно-психическое состояние маленького пациента, при проведении осмотра кожных покровов и слизистых оболочек – на их окраску, тургор, влажность, наличие или отсутствие высыпаний.

Следите за частотой и наполнением пульса, глубиной и ритмом дыхания, регулярно измеряйте артериальное давление и температуру тела ребенка.

Целесообразно также записывать ежедневное количество потребленной больным жидкости и суточного диуреза. Максимально строгий контроль состояния малыша необходим до установления окончательного диагноза. Любое, даже самое, казалось бы, незначительное, изменение в его состоянии может иметь огромное значение.

Уход за пациентами пожилого возраста

Общий уход

Осуществление ухода за пациентами пожилого и старческого возраста – дело довольно сложное и ответственное, требующее специальных навыков, а также большого внимания и терпения. Важнейшим принципом общего ухода, о котором необходимо постоянно помнить, является уважение к личности пациента. Больного следует принимать таким, какой он есть, со всеми его физическими и психическими недостатками, индивидуальными особенностями характера и личности и т. д. Следует учитывать, что хороший постоянный уход способен значительно улучшить общее состояние пациента.

Как известно, движение продлевает жизнь, поэтому физическая активность необходима всем, особенно больным старших возрастных групп. Посильные физические нагрузки повышают общий тонус организма, сохраняют подвижность в суставах, улучшают гибкость и выносливость.

Сохранение нормального стабильного психоэмоционального состояния невозможно без поступления достаточного количества информации извне. Поэтому учитывайте, что недостаток или нерегулярность умственной нагрузки так же опасны, как отсутствие физической активности. Если физические возможности пациента резко ограничены и он лишен возможности тренировать свой интеллект, это может привести к самым пагубным последствиям для его психического и физического здоровья. Жизнь сохраняет свою привлекательность для человека до той поры, пока он имеет возможность сохранять и поддерживать отношения с обществом. Регулярный контакт с родными и близкими – один из главных стимулов для сохранения желания жить и при этом быть здоровым. Если обстоятельства сложились таким образом, что у человека нет ни семьи, ни друзей, долг окружающих заключается в том, чтобы по мере возможности восполнить дефицит общения. Одиноким людям нередко теряют вкус к жизни и начинают ощущать бессмысленность своего существования.

Для рациональной организации общего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста следует учитывать ряд особенностей поведения этой группы больных. По достижении определенного возраста вследствие естественных процессов старения некоторые изменения функций организма переплетаются с признаками многих заболеваний, а во многих случаях – с так называемой множественной возрастной патологией.

У лиц старческого возраста происходит существенное изменение функций почек и мочевыделительной системы. Отмечается значительное увеличение ночного диуреза, причиной которого может быть повышенная чувствительность к раздражению со стороны сфинктеров мочевого пузыря, а у пациентов мужского пола – такая частая патология, как аденома предстательной железы. У пожилых больных, страдающих сердечнососудистой недостаточностью, увеличение объема выделяемой мочи в ночное время представляет собой компенсаторное явление, обусловленное некоторым улучшением почечного кровообращения при длительном нахождении в горизонтальном положении в состоянии покоя.

Если отмечено, что больной ночью вынужден часто посещать туалет, следует выделить ему утку или мочеприемник для того, чтобы ему не пришлось каждый раз вставать. Таким образом можно избежать значительных нарушений сна, отрицательно сказывающихся на состоянии нервной системы. Помимо этого, при частых позывах к мочеиспусканию в ночное время следует порекомендовать пациенту сократить объем принимаемой вечером жидкости. Однако при этом внимательно контролируйте суточный диурез, который не должен быть менее 1 л.

У большинства людей с возрастом вырабатывается осторожность, тем не менее различные несчастные случаи с участием пожилых и стариков, к сожалению, – явление нередкое. Несчастные случаи происходят не только на оживленных автомагистралях и скользких тротуарах, но и в помещениях. С возрастом у многих людей снижается реакция, тело уже не так послушно, как в молодости, внезапное изменение артериального давления может привести к головокружению и потере сознания – отсюда и большое количество несчастных случаев, происходящих в ванной комнате, туалете или других хорошо знакомых и часто посещаемых местах.

Зачастую происходят падения, обусловленные возрастными ухудшениями зрения, слуха, изменениями в вестибулярном аппарате, плохой координацией движений и т. д. При этом в связи с повышенной хрупкостью костей, вызванной остеопорозом, часто возникают так называемые «старческие» переломы.

Для того чтобы снизить риск получения травм в домашних условиях, в помещениях не должно быть лишних предметов обстановки, расположение которых может затруднять передвижение. Ни в коем случае нельзя передвигать мебель, не сообщив об этом пожилому или старому человеку, так как, перемещаясь в знакомом помещении, они в большей степени полагаются на привычку, выработанную в течение долгого времени, нежели на остроту зре-

ния. Важно отметить, что падения могут быть и при чрезмерно резком переходе из горизонтального или даже сидячего положения в вертикальное. В наибольшей степени это касается больных, вынужденных принимать лекарственные препараты, понижающие давление. Кратковременная недостаточность мозгового и коронарного кровообращения в результате перераспределения крови и падения артериального давления может привести к потере сознания.

В повседневной жизни нередко несчастные случаи, происходящие с пожилыми людьми и стариками в ванной комнате. Обычно это связано с потерей равновесия на скользком полу. Некоторые люди получают термические ожоги, когда по невнимательности открывают кран с горячей водой. Лучше поэтому помочь старому человеку подготовить воду для купания, отрегулировав ее до оптимальной температуры. Безопаснее всего принимать не ванну, а душ, причем в сидячем положении и в присутствии кого-либо из родных. Температура воды для купания не должна быть выше 36 – 37 °С, никогда не нужно направлять горячую воду из душа на голову и область сердца, поскольку это может спровоцировать развитие острого нарушения мозгового (или коронарного) кровообращения. Рядом с ванной на пол рекомендуется положить коврик, изготовленный из резины и предупреждающий скольжение. Если имеется такая возможность, следует установить в туалете и ванной комнате специальные приспособления или поручни, на которые пожилой человек мог бы опираться.

Поскольку старые люди далеко не всегда могут сохранять устойчивость и равновесие при передвижении, целесообразно приобретать для них специальные опоры и кресла, оснащенные колесами.

Особым образом следует устроить постель. Ее высота от уровня пола должна составлять не менее 60 см. В случае необходимости оснастите ее приспособлением (опорой) для облегчения перевода пожилого пациента в сидячее положение. Такое спальное место имеет название функциональной кровати.

Рекомендуется постоянно использовать специальный надкроватьный или прикроватный столик для удобства принятия пищи и размещения некоторых постоянно необходимых больному вещей. Предпочтительнее использовать не одну большую подушку, а две, но меньшего размера. Одеяло не должно быть тяжелым, но обязательно – теплым. У лежачих больных нередко могут образовываться пролежни: для профилактики их возникновения огромное значение имеет степень эластичности матраса. Он должен быть достаточно податливым и обеспечивать опору для всего тела.

Кресло, в которое предполагается усаживать пожилого больного, должно быть достаточно мягким, его подлокотники – невысокими и удобными. Не следует предлагать пожилому человеку слишком глубокое кресло во избежание давления края сиденья на область подколенных ямок, вызывающего ухудшение кровообращения в нижних конечностях. Кресло должно иметь высокую спинку с целью обеспечения опоры для головы. Позаботьтесь также об освещении, чтобы можно было читать, находясь в постели или кресле.

Организм людей пожилого и старческого возраста значительно более чувствителен к холоду и сквознякам. Это обусловлено тем, что вследствие процессов старения уровень микроциркуляции недостаточен, а кожная температура понижена. Нередко снижена и толщина подкожного жирового слоя, который в таком случае менее защищает от холода. У очень многих пожилых больных отмечаются мышечные боли, которым свойственно усиливаться при относительно низкой температуре окружающей среды. Все эти факторы вызывают зябкость и протесты против необходимого проветривания комнаты.

У пожилых людей изменяется состав секрета потовых желез, поэтому кожа приобретает специфический запах, склонна к раздражению и требует более частого проведения гигиенических водных процедур.

Наиболее оптимальная температура помещения с пожилым больным на постельном режиме – 20 °С, а при обычном режиме – 22 – 23 °С. Необходимо отметить, что при наличии центрального отопления в помещениях, как правило, повышена сухость воздуха, а это неблагоприятно воздействует на больных, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, и провоцирует появление кашля. Для того чтобы повысить влажность воздуха, возле батарей центрального отопления разместите открытые емкости с водой.

Начиная примерно с 40 лет, отмечаются возрастные изменения кожных покровов человека. Уже к 60 годам все слои кожи существенно истончаются, претерпевают изменения функции потовых и сальных желез, вследствие изменения микроциркуляции нарушается питание волосяных луковиц. В связи с изменениями в кровеносных сосудах и нервах снижается защитная функция кожи. Реакция кожных покровов на все виды раздражителей (механические, температурные и химические) меняется в значительной степени. В связи с этим частые принятия ванн или душа с использованием обычного мыла у пожилых и старых пациентов провоцируют развитие повышенной сухости кожи и возникновение кожного зуда.

Чтобы избежать подобных последствий гигиенических процедур, купания следует проводить один раз в неделю и применять мыло с высоким содержанием жира.

При чрезмерно частом мытье головы с использованием мыла, помимо сухости кожи и зуда, может появиться перхоть. В данной ситуации можно посоветовать мыть голову сульфидным мылом 1 раз в две недели и использовать для втирания в кожу специальные питательные жидкости.

Исключительно благотворное влияние на больного оказывают такие процедуры, как растирания и массаж тела. В данном случае необходимо проявлять повышенную осторожность, делать поправку на возраст, учитывая истонченность и высокую травмируемость кожи. При выполнении массажа и растираний следует смазывать тело минеральными маслами или кремами, предназначенными для сухой кожи.

Повышенного внимания также требует уход за ногами, поскольку кожа нижних конечностей довольно рано претерпевает значительные изменения, обусловленные ухудшением периферического кровообращения. Заметно меняются ногти – они становятся очень твердыми и при этом ломкими. Поэтому перед тем как приступить к их подрезанию и обработке, смягчите их с помощью теплых масляных припарок. Наиболее оптимальным является использование касторового масла. Тщательному уходу за ногтями и удалению мозолей уделяется огромное значение, поскольку нежелательные изменения в области стоп уменьшают подвижность пожилого пациента, негативно влияют на его физическое и эмоционально-психическое состояние. В результате травмирования кожи могут возникать воспалительные процессы, которые с трудом поддаются лечению. На фоне же сниженного общего иммунитета старческого организма, а особенно при наличии сахарного диабета, это может привести к развитию тяжелейших осложнений, например гангрены.

Всегда необходимо приветствовать и поощрять внимательное отношение больных стариков к своему внешнему виду. Ухоженный внешний вид существенно улучшает эмоциональное состояние больных, что, безусловно, позитивно влияет и на их физическое состояние.

При целом ряде серьезных заболеваний различных органов и систем в течение долгого времени пожилым пациентам приходится соблюдать постельный режим, что может стать причиной некоторых негативных последствий. Для профилактики возникновения осложнений используется целый комплекс мероприятий. Вопрос о длительности постельного режима является чрезвычайно важным! Ранее считалось, что пожилому или старому человеку целесообразно беречь свои силы и максимально долго соблюдать постельный режим, однако практика показывает, что часто это приводит к существенным изменениям со стороны функций внутренних органов, следствием чего становятся различные осложнения.

К числу таких последствий относятся, например, пролежни, тромбоэмболия кровеносных сосудов, затрудненное мочеиспускание, инфекции мочевыводящих путей. Помимо этого, наблюдается значительное ухудшение аппетита, следствием чего являются снижение массы тела больного, атрофия мышечной ткани и общая физическая слабость.

Соблюдение постельного режима, нахождение в горизонтальном и малоподвижном положении в течение долгого времени у больных пожилого и старческого возраста часто приводит к снижению подвижности в суставах, запорам, нарушениям сна (вплоть до бессонницы), изменениям со стороны психики и к развитию депрессивных состояний. В связи с этим по мере возможности период постельного режима следует уменьшать и не допускать сохранения больным неподвижности, если в этом нет крайней необходимости. Длительный постельный режим необходим пожилым людям и старикам при заболеваниях, сопровождающихся повышением общей температуры тела, при тяжелых хронических заболеваниях, в остром периоде инфаркта миокарда и при некоторых других серьезных патологиях. При этом осуществление тщательного и постоянного общего ухода дает возможность снизить негативное влияние гиподинамии на общее физическое и эмоциональное состояние пациента. По этой причине одним из важнейших лечебных мероприятий является лечебная физкультура (ЛФК), назначаемая врачом и проводимая под контролем медицинского персонала.

Все восстановительные процессы у пожилых людей и стариков протекают значительно медленнее, чем у более молодых лиц, поэтому период реабилитации значительно длительнее. Тем не менее рациональная терапия и тщательный постоянный уход позволяют пожилому пациенту восстановиться даже после весьма серьезных заболеваний.

В процессе организации общего ухода за больными преклонного возраста важная роль отводится различным аспектам деонтологии. Специфика психологии пожилого человека такова, что он крайне болезненно реагирует на смену обстановки и тяжело приспосабливается к условиям стационара. В связи с этим предпочтительнее, чтобы больной проходил лечение в домашних условиях. Всегда следует учитывать особенности психологии пожилого человека. Старики нередко страдают нарушениями памяти и при уходе за такими больными нужно проявлять особенное терпение и тактичность, регулярно напоминая им о необходимости проведения процедур и приема лекарств в определенное время.

Специальный уход

Уход при пролежнях

У пожилых больных с различными нарушениями мозгового кровообращения или старческим слабоумием (деменцией) довольно часто отмечаются образование пролежней и нарушение мочеиспускания. Пролежни характерны для больных, которым в течение долгого времени приходится практически неподвижно лежать на спине. На возникновение пролежней также оказывает влияние общее состояние организма, которое может ухудшаться вследствие недостаточного или нерационального питания или обезвоживания. Зачастую пролежни образуются, если постель больного неровная, плохо и нерегулярно перестилается, а на простыне имеются рубцы и складки. Сказываются и недостаточная гигиеническая обработка и высушивание кожи после актов мочеиспускания и дефекации. Обычная локализация пролежней – это крестцовая область, ягодицы, реже – область лопаток. Указанные участки тела необходимо подвергать ежедневному осмотру, чтобы пресечь развитие пролежней на самом раннем этапе. Для их профилактики целесообразно применять растирания и массаж. При выполнении данных манипуляций следует соблюдать максимальную осторожность, поскольку кожные покровы у стариков тонкие, не очень эластичные и ранимые. Большое значение имеет полноценное питание больного – он должен получать достаточное количество растительных и животных белков и полный комплекс витаминов. Во избе-

жание развития обезвоживания внимательно следите за соблюдением питьевого режима. В случае необходимости дефицит жидкости должен покрываться за счет внутривенного введения необходимого объема физраствора. Для предотвращения возникновения пролежней используются также подкладные резиновые круги, располагающиеся под теми участками тела, которые наиболее подвержены давлению при нахождении больного в горизонтальном положении.

Пациентов, вынужденных длительное время соблюдать постельный режим, лучше сразу размещать на функциональных кроватях, позволяющих приподнимать головной или ножной конец. Кроме того, специальный матрас на таких кроватях способствует уменьшению давления на участки тела, наиболее склонные к образованию пролежней.

Положение пожилого лежачего больного в постели следует периодически изменять, поворачивая его до 8 – 10 раз в сутки. Места, где могут образоваться пролежни, нужно обмывать прохладной водой с мылом 2 – 3 раза в день и протирать камфорным спиртом или одеколоном, припудривать детской присыпкой или тальком.

Лечение пролежней – гораздо более сложный процесс, нежели их профилактика. Вначале необходимо обработать кожу пораженных областей раствором перманганата калия (марганцовки) или бриллиантовой зелени; используются также физиотерапевтические процедуры, такие как ультравысокочастотное (УВЧ) и ультрафиолетовое (УФО) облучения. Накройте пролежни стерильной асептической повязкой, а для заживления ран воспользуйтесь специальными мазями, например левомиколем.

Уход при недержании мочи

Особый уход необходим пожилым людям, страдающим недержанием мочи вследствие каких-либо заболеваний органов мочеполовой системы или нарушений мозгового кровообращения. В случае когда уже не представляется возможным восстановить нормальное мочеиспускание, следует постоянно применять подкладное резиновое надувное судно, предназначенное для лежачих больных, и специальные мочеприемники для самостоятельно передвигающихся пациентов. В последнее время в нашей стране стали доступны так называемые анатомические памперсы для взрослых, которые можно применять как для лежачих, так и для ходячих больных.

Уход при запорах

Нередко возникающие у пожилых больных, находящихся на постельном режиме, запоры являются довольно серьезной проблемой. Задержки опорожнения кишечника, как правило, возникают вследствие атонии кишечника при недостатке физической активности, а также в связи с отсутствием в рационе грубоволокнистой пищи, дефицитом жидкости в организме и приемом некоторых лекарственных препаратов. Проводя лечение запоров, необходимо помнить, что клизмы и ректальные суппозитории у старых и пожилых пациентов значительно чаще провоцируют раздражение кишечника по сравнению с более молодыми людьми. При лечении запоров акцент следует делать на диету, вводя в рацион продукты, способствующие восстановлению нормальной моторики кишечника. Больной должен употреблять в пищу кисломолочные продукты, а также яблоки, сливы, чернослив, изюм и т. д.

При необходимости назначаются легкие слабительные средства на основе лекарственных трав, например крушины или сенны, небольшие (150 – 200 г) клизмы со слабым отваром ромашки лекарственной в утреннее время. Распространенным средством, способствующим опорожнению кишечника, является стакан обычной теплой воды, выпитый с утра натощак.

Если у пожилого больного имеется геморрой, обратите внимание на то, чтобы выпадающие наружу узлы не повреждались грубой туалетной бумагой. После осуществления акта дефекации следует произвести обмывание области вокруг заднепроходного отверстия, целесообразно использовать ванночки с отваром ромашки, обладающей антисептическим и противовоспалительным действиями, а также специальные антигеморроидальные свечи.

Уход при недержании кала

Недержание кала нередко воспринимается окружающими как неизбежный признак старости, однако это мнение ошибочно. Причин возникновения подобного недержания множество: это и использование слабительных препаратов, и заболевания, такие как проктит или выпадение прямой кишки, обусловленное ослаблением мускулатуры сфинктеров, и многое другое. Признаком клинического недержания является частое регулярное или непрерывное подтекание несформировавшегося кала или выход сформировавшегося кала несколько раз в день на постель или одежду.

Как правило, при принятии соответствующих мер это крайне неприятное для самого больного и его окружающих явление можно частично или полностью устранить.

Целесообразно попытаться осуществить профилактику рефлекторной дефекации. К примеру, если стул обычно связан по времени с приемом пищи, то кормление больного надо сочетать с подкладыванием судна. В общем и целом борьба с этим неприятным явлением требует совместных усилий со стороны и медицинского персонала, и больного, и его близких.

Уход за пациентами с психическими заболеваниями

Общий уход

Осуществление грамотного ухода за больными с психическими заболеваниями имеет большое значение в общем комплексе лечебных мероприятий. Как правило, методика ухода за психическими больными сходна с таковой при соматических заболеваниях и зависит от тяжести состояния, способности или неспособности пациента к самообслуживанию и т. д. Если пациент возбужден, у него присутствуют мысли о самоубийстве или же он находится в состоянии ступора, ему показан постельный режим в условиях специальной палаты с постом наблюдения, где за ним будет осуществляться круглосуточный контроль. Постоянное наблюдение за пациентами в условиях психиатрической клиники устанавливается с определенными целями, а именно:

- 1) ограждения подопечного от неверных действий в отношении самого себя;
- 2) предотвращения опасных действий в отношении других лиц;
- 3) предотвращения попыток совершения самоубийства.

Немаловажное значение имеет и постоянное наблюдение за течением заболевания, поскольку при многих психических отклонениях состояние пациента в течение суток может меняться неоднократно. Наблюдение за больным проводится непосредственно лечащим врачом и медицинскими сестрами.

Лекарственные препараты выдаются пациентам в строго определенное время. При этом задача медицинской сестры состоит в том, чтобы следить за их приемом. Необходимо удостовериться, что больной проглотил таблетку, а не выплюнул и не спрятал. Следует периодически проверять содержимое прикроватных тумбочек и карманов пациентов, поскольку порой у них имеется привычка накапливать медикаменты, ненужные вещи и просто мусор.

Белье психиатрических больных регулярно меняется. Они еженедельно должны принимать ванну. Физически ослабленных пациентов в гигиенических целях еженедельно протирают ароматным уксусом. У таких больных имеется вероятность развития пролежней, поэтому следует контролировать состояние их кожных покровов, особенно в области крестца, лопаток и т. д. Их постель должна быть ровной и регулярно перестилаться, а белье не должно иметь складок; при необходимости можно применять специальный подкладной круг. Слабых пациентов для профилактики возникновения и развития застойной пневмонии переворачивают несколько раз в день. В каждом отделении, помимо наблюдательных палат, должны быть организованы и палаты для больных, идущих на поправку, а также комнаты для отдыха и помещения для трудотерапии.

Трудотерапия – это использование труда или его элементов для восстановления работоспособности пациента, утраченных функций и его адаптации к обычной жизни.

Кроме соблюдения постельного режима и осуществления наблюдения, огромное внимание в стационаре психиатрического профиля уделяется распорядку дня, который должен соответствовать проводимым лечебным мероприятиям. Утренние гигиенические процедуры для ослабленных, чрезмерно возбужденных и находящихся в ступоре больных осуществляются с непосредственным участием медицинского персонала.

Распорядок дня в психиатрическом отделении должен включать часы, предназначенные для трудовой терапии, вид которой определяется лечащим врачом в индивидуальном порядке. Помимо труда в помещении или на прилегающей территории, пациентам, чье состояние постепенно улучшается, допускается читать прессу и художественную литературу. Пациентам разрешается посещать специально организованные киносеансы и смотреть телевизионные программы.

Рацион питания должен быть разнообразным и составляться с учетом особенностей конкретных групп пациентов. В частности, нельзя не принимать в расчет, что возбужденные пациенты расходуют много энергии, а применение в терапевтических целях нейролептических препаратов может приводить к нарушениям витаминного обмена. Нередки случаи, когда пациент полностью отказывается от приема пищи и питья или же пьет или ест только определенные продукты. Причины отказа от еды могут быть самыми разнообразными. Задачей медицинского персонала в данном случае является терпеливо и ласково уговорить больного поесть и попить.

Уход за психиатрическими пациентами предполагает также и проведение симптоматической терапии. При нарушениях сна больным назначают снотворные препараты. Крайне важно осуществлять и общеукрепляющую терапию. По рекомендации лечащего врача больным могут назначаться хвойные и обыкновенные теплые ванны, а также лечебная гимнастика, массаж и прочие виды физиотерапии.

Кроме стандартных мероприятий по уходу, отдельное внимание следует уделять вопросам тактичного и уважительного обращения с пациентами и поведения медицинского персонала. Невзирая на состояние, особенности поведения и неправильные с точки зрения здорового человека поступки, больные с психическими заболеваниями заслуживают внимательного и заботливого отношения к себе со стороны врача и прочего медицинского персонала. Ни при каких обстоятельствах нельзя допускать обращения к пациенту на «ты» или грубо его окликать, делать некорректные замечания. Однако при проявлении чрезмерного возбуждения или агрессии, попытках причинить вред себе или окружающим лекарственным работникам должен уметь аккуратно фиксировать пациента до тех пор, пока возбуждение не будет снято посредством введения медицинских препаратов. Весь медперсонал в психиатрических клиниках должен приобрести навыки правильного общего ухода за подопечными,

научиться внимательно и бережно относиться к психически нездоровым людям. Сотрудник психиатрического отделения должен обладать таким важным качеством, как наблюдательность, которая поможет предотвратить суицидальные попытки и агрессивные действия.

Осуществляя общий уход за пациентами психиатрических отделений, медицинский персонал всем своим поведением должен дать больным почувствовать, что о них действительно заботятся. В отделении постоянно должен поддерживаться низкий уровень шума, чтобы не спровоцировать резкими или громкими звуками нежелательные реакции со стороны больных. В связи с этим ни в коем случае нельзя громко хлопать дверями, греметь посудой и т. д. Также надо стараться как можно тише ходить, для чего следует переобуваться в максимально мягкую обувь. Особенно важна тишина в отделении в ночное время, поскольку многие психические больные и без того страдают нарушениями сна.

Осторожность следует соблюдать, разговаривая с пациентами; особенно это касается общения с больными, страдающими манией преследования.

Кроме осуществления постоянного неусыпного контроля, для профилактики несчастных случаев необходимо следить, чтобы в поле зрения пациентов не было предметов, представляющих потенциальную опасность, чтобы они не подбирали острые предметы во время прогулки, не брали их из мастерских в процессе трудовой терапии и не получали от родных и близких во время свиданий.

Персонал психиатрических лечебниц должен поддерживать безупречный порядок на территории, предназначенной для прогулок больных, производить ее регулярную уборку и осмотр. Работники отделений психоневрологических стационаров должны постоянно наблюдать за своими подопечными, как они проводят время. Нужно отмечать все изменения в поведении и настроении психических больных; склонны ли они все время лежать или проявляют активность, общаются ли с кем-либо или нет, если разговаривают, то с кем и на какие темы и т. д. Резкие перепады настроения и изменения поведения – повод для вызова врача и принятия экстренных мер.

Чуткость, отзывчивость, приветливость и терпение в общении с психически больным имеют решающее значение во многих сложных ситуациях.

Специальный уход

Уход за больными эпилепсией

При возникновении эпилептического припадка пациент неожиданно теряет сознание, падает и бьется в судорогах. Длительность припадка может составлять от нескольких секунд до 2 – 3 мин. В случае если в анамнезе больного имеется заболевание эпилепсией, то во избежание травм при развитии припадка в ночное время его размещают на низкой кровати.

Во время припадка расстегните ему стесняющую одежду, уложите его в горизонтальное положение лицом вверх с повернутой набок головой. Если пациент бьется в судорогах на полу, быстро подложите ему под голову подушку во избежание черепно-мозговой травмы. До окончания припадка необходимо находиться возле пострадавшего и стараться всеми силами уменьшить вероятность возникновения ушибов, но при этом удерживать его не следует. Чтобы он во время судорог не прокусил себе язык, вложите между его коренными зубами ложку или иной металлический предмет, обернутый в несколько слоев марли. Важно помнить, что недопустимо вставлять ложку между передними зубами, поскольку это может привести к их перелому, также нельзя использовать деревянные предметы, так как во время судорожного сжатия челюстей они могут сломаться, а отломки – травмировать полость рта пациента. Для предупреждения прокусывания языка можно также рекомендовать полотенце с завязанным узлом концом.

Эпилептический припадок может начаться у больного во время приема пищи. В этом случае для предотвращения аспирации медицинская сестра должна немедленно очистить полость рта больного.

При часто повторяющихся обмороках у относительно здорового человека для исключения эпилепсии необходима консультация у врача-психиатра.

После того как эпилептический припадок закончился, уложите пациента в постель. Обычно в данной ситуации больной после окончания судорог спит до нескольких часов и просыпается в тяжелом подавленном настроении. Поскольку в большинстве случаев об эпилептическом припадке пациент ничего не помнит, то и разговаривать на эту тему не следует, чтобы не ухудшать и без того тяжелое психоэмоциональное состояние больного. Если во время припадка имело место непроизвольное мочеиспускание, пациенту необходимо сменить белье.

Уход за депрессивными больными

Основная задача медицинского персонала при осуществлении ухода за депрессивным пациентом заключается в том, чтобы уберечь его от суицида. Такого больного нельзя оставлять буквально ни на минуту, не позволять ему накрываться одеялом с головой, нужно сопровождать его в туалет, ванную комнату и т. д. Постель и прикроватная тумбочка депрессивного пациента должны постоянно осматриваться с целью выяснения, не спрятал ли он какие-либо опасные предметы, например осколки стеклянной или фаянсовой посуды или веревки.

Прием лекарств таким больным должен осуществляться под строгим контролем медицинской сестры; нужно внимательно следить, чтобы пациент проглатывал порошки и таблетки, а не накапливал их в карманах с целью совершить впоследствии самоубийство.

Даже если в состоянии пациента отмечаются явные позитивные сдвиги, контроль над ним должен быть сохранен в полной мере, поскольку при некотором улучшении больной порой может быть более опасен для себя, неожиданно предприняв попытку самоубийства.

Пациенты, непрерывно пребывающие в состоянии тоски, не следят за собой. В связи с этим медицинские сестры должны помогать им переодеваться, застилать постель и проводить гигиенические процедуры. Постоянно нужно наблюдать, чтобы тоскливые больные вовремя принимали пищу, зачастую их приходится долго уговаривать поесть.

Такие пациенты всегда молчаливы и погружены в себя настолько, что им даже довольно затруднительно поддерживать диалог. Не стоит утомлять тоскливого больного попытками завести с ним разговор. Если подобный пациент обращается к медицинскому персоналу с какой-либо просьбой, то надо внимательно его выслушать и оказать всяческую поддержку.

Депрессивные больные нуждаются в покое, и какие бы то ни было попытки отвлечь их могут спровоцировать ухудшение состояния. Не следует вести в присутствии депрессивного пациента беседы на отвлеченные темы, поскольку он может истолковать все по-своему. У депрессивных больных часто случаются запоры, поэтому нужно следить за работой их кишечника.

Нередко они испытывают чувство тоски, которое сопровождается ярко выраженной тревогой и сильным страхом. Время от времени у них случаются галлюцинации, нередко отмечается бред преследования. В такие периоды пациенты не могут найти себе места и мечутся по палате, порой предпринимая попытки совершения суицида. В случае проявления у подобных больных чувства беспокойства и тревоги их следует удерживать и в некоторых случаях даже фиксировать на кровати.

Уход за возбужденными больными

В том случае если пациент находится в состоянии сильного возбуждения, то в первую очередь всему медицинскому персоналу необходимо сохранять самообладание и полагаться максимально тактично и мягко успокоить больного, переключив его внимание. В некоторых ситуациях имеет смысл вообще не трогать пациента, чтобы дать ему успокоиться самостоятельно. Главное – следить за тем, чтобы возбужденный больной не нанес вреда ни себе, ни окружающим. Если он агрессивен или рвется к окну, то по распоряжению лечащего врача, его необходимо определенное время удерживать в постели. Также надо зафиксировать пациента перед постановкой клизмы. Если возбуждение не проходит в течение долгого времени, а больной при этом явно опасен для себя и окружающих, его фиксируют в постели посредством матерчатых лент. Проводится данная манипуляция по прямому указанию врача; при этом отмечается время и продолжительность фиксации пациента.

Уход за ослабленными больными

Если пациент ослаблен и не может самостоятельно передвигаться, следует поддерживать его при посещении санузла и помогать ему в проведении гигиенических процедур, в принятии пищи. По крайней мере дважды в течение дня следует расправлять постель ослабленного больного.

Такие пациенты зачастую могут быть неопрятными, в связи с этим надо периодически напоминать им о том, что нужно сходить в туалет, по давать им судна или мочеприемники, а при необходимости – ставить клизмы. Бывают ситуации, когда ослабленный пациент все же «сходил под себя». Разумеется, нужно обмыть его, насухо вытереть и сменить нательное и постельное белье. У лежачих больных часто образуются пролежни. Для профилактики их появления следует периодически менять положение ослабленного пациента, что помогает избежать чрезмерно длительного давления на одни и те же участки тела. Также надо следить, чтобы на постели не было складок или крошек после приема пищи. Целесообразно использовать подкладные резиновые надувные круги. Если на коже больного обнаруживаются измененные участки, являющиеся первыми признаками начала образования пролежней, их следует периодически протирать камфарным спиртом.

Особое внимание следует уделять чистоте волос и тела ослабленных пациентов психиатрического отделения. Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы больные опускались на пол или подбирали разный мусор.

Если у ослабленного пациента отмечена лихорадочная реакция, следует уложить его в постель, измерить температуру тела и давление и пригласить для консультации лечащего врача. При лихорадке давайте пациенту побольше жидкости, а при повышенном потоотделении по мере необходимости меняйте белье, чтобы предупредить переохлаждение и простудные заболевания.

Уход за пациентами с инфекционными заболеваниями

Общий уход

Осуществление ухода за пациентом с каким-либо инфекционным заболеванием имеет ряд особенностей, главным образом связанных с его интоксикацией, необходимостью соблюдения постельного режима и т. д. Уход такого рода включает большой комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, а также лечебных и диагностических процедур, целями которых являются скорейшее выздоровление пациента и профилактика распространения инфекции.

В первую очередь следует помнить о том, что подавляющее большинство таких больных выделяют возбудителей заболевания во внешнюю среду, являясь источниками инфекции. Чрезвычайно важно знать характерные особенности конкретного заболевания, хорошо представлять себе, где именно в организме пациента локализуются возбудители и какими путями они могут попадать во внешнюю среду, а также каким образом может произойти инфицирование окружающих. Исходя из этого определяются необходимые мероприятия по предотвращению распространения инфекции.

Большая часть инфекционных заболеваний сопровождается лихорадкой, симптомами общей интоксикации организма и поражением центральной нервной системы вследствие воздействия на нее токсинов – это приводит к развитию различных нервно-психических расстройств. Данный факт необходимо учитывать для того, чтобы найти нужный подход к пациенту и установить с ним доверительные отношения. Стабильное психическое состояние больного является одним из важнейших факторов, способствующих его скорейшему выздоровлению.

Инфекционные болезни отличаются острым течением и значительной динамикой, что обуславливает резкие изменения состояния пациента. В связи с этим он должен находиться под постоянным контролем квалифицированного медицинского персонала.

Лучшим средством профилактики многих тяжелых инфекционных заболеваний является вакцинация – введение иммунобиологических препаратов с целью выработки иммунитета к конкретной инфекции.

При инфекционных заболеваниях клиническое выздоровление нередко наступает значительно раньше, чем организм пациента успевает полностью восстановиться. Наличие в организме инфекции неизбежно приводит к развитию органических и функциональных расстройств, для ликвидации которых требуется значительное время. В период выздоровления пациенты ослаблены, у них имеются нарушения со стороны психики, могут присутствовать расстройства деятельности сердечнососудистой системы или других органов. Наряду с этим их общее самочувствие зачастую может быть достаточно неплохим. Врачи и медицинские сестры должны хорошо представлять указанные особенности инфекционных больных, чтобы осуществлять надлежащий уход за ними в условиях стационара и дома.

Для эффективной терапии заболевания медицинский персонал профильного отделения стационара обязан вести постоянное наблюдение за состоянием пациента и фиксировать в специальном журнале данные основных показателей, к которым относятся частота и характер пульса и дыхания, мочеиспускания, стула, суточный диурез и т. д. Все записи производятся лечащим или дежурным врачом.

Контролируя деятельность дыхательной системы больного, следует фиксировать частоту дыхательных движений (в 1 мин), общий тип дыхания, наличие патологических изменений (стенотического дыхания, дыхания Чейна – Стокса и т. п.), наличие и характер кашля и выделения мокроты (общего количества, цвета, консистенции). В ряде случаев у больных наблюдаются патологии дыхания, что особенно характерно для тяжелых интоксикаций, коматозного состояния и некоторых нейроинфекций. Изменения характера дыхания также отмечаются, если основное заболевание осложнено пневмонией. Стенотическое дыхание в большинстве случаев выявляется при дифтерийном крупе. При развитии отека легких дыхание обычно шумное и клочущее.

Сбор мокроты пациентов для оценки общего ее количества производится в специальную посуду из стекла с плотной крышкой. Такие емкости подвергаются дезинфекции с помощью 3%-ного раствора лизола. Забор данного биологического материала для лабораторного исследования проводится в стеклянные емкости с крышкой, которые промываются кипятком.

Тяжелое состояние инфекционного больного предполагает соблюдение постельного режима в течение длительного времени. На фоне общего ослабления организма это может способствовать развитию так называемой гипостатической, или застойной, пневмонии. Для предупреждения развития данного осложнения необходимо регулярно поворачивать больного в постели.

При целом ряде инфекционных заболеваний могут наблюдаться патологические изменения со стороны деятельности сердечнососудистой системы. Для того чтобы своевременно их выявить, медицинская сестра и лечащий врач должны следить за пульсом пациента, отмечая его частоту, наполнение, напряжение, ритм, по возможности чаще измерять артериальное давление, проводить определение перкуторных границ сердца, осуществлять аускультацию (выслушивание), фиксируя тоны, их расщепление и характер определяемых шумов.

В осуществлении ухода за пациентами с инфекционными заболеваниями, в частности при наличии острых кишечных инфекций, огромное значение имеет постоянный контроль за деятельностью пищеварительной системы, регулярное питание с учетом особенностей конкретного заболевания, а также меры по предотвращению осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта.

Необходимо поддерживать хорошее гигиеническое состояние ротовой полости пациента. После каждого приема пищи больной должен полоскать полость рта теплой кипяченой водой и проводить чистку зубов. Больным, находящимся в тяжелом состоянии, медсестра должна обрабатывать ротовую полость ватным тампоном, обильно смоченным 2%-ным раствором борной кислоты, не менее двух раз в день. Во время проведения данной гигиенической процедуры избегайте резких движений во избежание травмирования слизистой оболочки полости рта. Аналогичная методика применяется для очищения языка тяжелообольного. В случае, если отмечается сухость языка, обработайте его смесью глицерина с водой в соотношении 1 : 1. Возможные трещины языка дезинфицируются 2%-ным раствором азотно-кислого серебра. Поддержание нормального гигиенического состояния полости рта является важной профилактической мерой для предотвращения гнойных паротитов, нередко возникающих, в частности, при брюшном и сыпном тифах.

Ряду инфекционных заболеваний свойственно проявление таких симптомов, как запоры и метеоризм. Для ликвидации запоров применяются очистительные клизмы. Температура воды при этом должна составлять 33 – 34 °С, а общий объем клизмы – 600 – 800 мл. Для постановки клизмы используют резиновую грушу с наконечником или кружку Эсмарха. При стойком запоре, как правило, делается гипертоническая клизма, для которой нужно взять 250 мл 10%-ного раствора натрия хлорида. При выраженном вздутии кишечника можно использовать специальную газоотводную трубку. Инфекционным больным, тяжесть состояния которых не позволяет им самостоятельно посещать туалет, выделяют индивидуальные судна.

При возникновении рвоты голову пациента следует повернуть набок и немного наклонить во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути и развития аспирационной пневмонии. В ряде случаев рвоту можно успокоить, дав больному небольшие кусочки льда или мятную настойку (8 – 10 капель на 100 мл воды) внутрь.

У пациентов с брюшным тифом и паратифами имеется тенденция к развитию коллапса, поэтому им нельзя позволять подниматься с постели (это допустимо лишь спустя неделю после нормализации температуры тела), а естественные отправления должны совершаться ими с помощью подкладного судна.

Всем пациентам с инфекционными заболеваниями в обязательном порядке ежедневно проводится лабораторное исследование мочи. Во многих случаях существует необходимость определения водного баланса – соотношения суточного диуреза и объема потребляемой за сутки жидкости.

При некоторых инфекционных заболеваниях могут возникать такие осложнения, как циститы и пиелиты. В таких ситуациях показано назначение антибиотикотерапии, диеты с преобладанием молочных и растительных продуктов и обильным питьем.

Все лечебные и диагностические манипуляции (внутривенные вливания препаратов, спинномозговые и плевральные пункции, гемотрансфузии, пункции живота при асците, катетеризация мочевого пузыря, кожные пробы) должны выполняться исключительно врачом. Некоторые манипуляции проводятся непосредственно у постели больного. Проведение подкожных и внутримышечных вливаний лекарственных препаратов, зондирование, постановка клизм и согревающих компрессов – задачи медицинских сестер.

При проведении всех без исключения диагностических и лечебных процедур следует строго соблюдать правила асептики и антисептики, поскольку снижение иммунитета у больных с инфекционными заболеваниями создает предпосылки для возникновения вторичной инфекции.

Особого внимания заслуживает питание больных и выздоравливающих (так называемых реконвалесцентов). Пациенты должны принимать пищу не менее четырех раз в день (завтрак, обед, полдник, ужин) в часы, четко определенные внутренним распорядком стационарного отделения. Ослабленный организм пациента с инфекционным заболеванием особенно нуждается в получении витаминов, и это следует учитывать при назначении определенной диеты. Для обогащения рациона больного витаминами следует включать в него натуральные соки, а в том случае, если не отмечается значительных поражений органов пищеварительного тракта, допустимо давать больному свежие фрукты и овощи.

При выборе блюд следует учитывать специфику и особенности конкретного заболевания. Например, при брюшном тифе в кишечнике присутствуют язвенные изменения и пациенту требуется только щадящая диета: исключаются продукты с грубой клетчаткой, повышающие газообразование, острые, соленые блюда. Если имеется возможность, то следует учитывать и индивидуальные вкусы больных, поскольку привычная и любимая пища положительно влияет на их эмоциональный настрой.

Как правило, для скорейшего выведения из организма токсинов, продуцируемых болезнетворными микроорганизмами, и побочных продуктов обмена веществ инфекционные больные должны потреблять больше жидкости. При этом целесообразно использовать не только воду, но и ягодные морсы, соки или чай с лимоном, так как эти напитки дополнительно насыщают организм витаминами и микроэлементами. Если имеет место серьезное обезвоживание организма, то его ликвидация достигается путем внутривенных (предпочтительнее капельных) или подкожных вливаний физраствора (0,9%-ного раствора натрия хлорида) и 5%-ного раствора глюкозы. При нарушениях функции глотания прибегают к кормлению посредством зонда или же питательных клизм.

Посуда и остатки пищи инфекционного больного обязательно должны дезинфицироваться. Самым простым дезинфицирующим средством для этих целей является хлорамин Б. Для дезинфекции посуды с остатками пищи используют его 0,5%-ный раствор.

Выраженная интоксикация, значительное обезвоживание, нарушение функции глотания – все эти факторы позволяют лечащему врачу принять решение об искусственном питании при помощи питательных клизм. Перед тем как приступить к данной процедуре, больному ставят очистительную клизму, после чего посредством специального резинового катетера, введенного в прямую кишку, подают из воронки питательную смесь, обычно состоящую из молока, сахара, яичного желтка с добавлением аскорбиновой кислоты. Единообразно вводятся 100 – 150 мл питательной смеси по 3 – 4 раза в сутки. Температура питательной смеси должна составлять 36 – 37 °С.

В ряде случаев питательная смесь вводится в организм больного посредством дуоденального зонда. Данный способ показан при наличии нарушений функции глотания. Детей с дифтерийными параличами, сопровождающимися расстройством глотательной функции, кормят питательными смесями посредством тонкого зонда, введенного через носовые ходы. В состав смеси входят по 50 г сахара и сливочного масла, 1 яйцо, 200 мг аскорбиновой кислоты и 150 г молока. В связи с повышенной опасностью возникновения у маленьких детей асфиксии обязательным условием при проведении искусственного кормления является присутствие двух медицинских сестер, для того чтобы в случае необходимости оказать ребенку неотложную помощь.

Специальный уход

Уход при брюшном тифе и паратифах

Правила ухода за пациентами с брюшным тифом и паратифами такие же, как и при уходе за любыми инфекционными больными с ярко выраженной лихорадочной реакцией. К специфическим особенностям таких больных относится вероятность развития у них острого инфекционного психоза, возникновения кишечного кровотечения и перфорации кишечника. Данные особенности в любой момент могут потребовать оказания неотложной помощи.

Инфекционный психоз, как правило, развивается в самом разгаре заболевания. Ранними симптомами психоза на фоне инфекционной интоксикации являются тревога, нарушения сна (вплоть до бессонницы) и выраженное двигательное возбуждение. У больного может наблюдаться делирий (бред), протекающий с яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями, как правило, пугающими. Пациент, страдающий галлюцинациями, нередко стремится убежать от мнимой опасности, может покинуть палату и даже выпрыгнуть из окна. Если возникает самое минимальное подозрение на развитие подобного состояния, у постели пациента необходимо установить круглосуточный индивидуальный пост. При ярко выраженном возбуждении пациенту вводят медикаментозные средства: 2 мл 2,5%-ного раствора аминазина, 1 мл 2%-ного раствора димедрола и 10 мл 25%-ного раствора сульфата магния.

Пожалуй, наиболее грозным осложнением брюшного тифа и паратифов является перфорация (прободение) кишечника, приводящая к развитию перитонита и сепсиса. Максимальный риск перфорации кишечника существует на 3 – 4-ой неделях заболевания. Огромное значение в данном случае имеет ранняя диагностика – при своевременном выявлении данного осложнения и проведении неотложного хирургического лечения угроза жизни больного, как правило, сводится к минимуму. В противном случае у пациента наблюдается разлитой перитонит (воспаление брюшины) и прогноз становится весьма серьезным.

Кишечное кровотечение также может развиваться на 3 – 4-ой неделях заболевания. Симптомами данного осложнения являются развитие резкой общей слабости, падение артериального давления и температуры, учащение пульса, появление примеси крови в фекалиях. При подозрении на возникновение кишечного кровотечения активность пациента следует резко ограничить и запретить что-либо есть и пить. К низу живота прикладывают холод, проводят гемотрансфузию и внутривенно вводят 10%-ный раствор кальция хлорида. Первые 12 ч после появления признаков кишечного кровотечения пациенту не разрешают принимать пищу и позволяют выпить только немного подкисленной воды или натурального сока. Далее, если не отмечается повторного кровотечения, разрешается прием небольшого количества мягкой пищи (яйцо всмятку, желе или кисель). Новые продукты следует включать в рацион с осторожностью. Лишь спустя 4 – 5 дней пациента переводят на обычное питание.

У больных брюшным тифом и паратифами следует контролировать соблюдение постельного режима и назначенной врачом диеты. Принимать в постели сидячее положение пациенту допускается только на 9 – 10-й день с момента нормализации общей температуры тела, а вставать с постели и самостоятельно передвигаться ему можно только с 14 – 15-го дней, но при условии отсутствия симптомов осложнения заболевания.

Особенно пристальное внимание уделяют больным пожилого возраста и пациентам с хроническими заболеваниями сердечнососудистой системы в анамнезе.

Для этих групп пациентов время пребывания на постельном режиме должно быть увеличено в зависимости от общего состояния.

При неосложненном течении тифа и паратифов пациенты должны получать диету № 2, а перевод на обычное питание производится за 5 – 7 дней до выписки из стационара. В случае развития дисфункции кишечника на протяжении нескольких дней рекомендуется стол № 4.

У пациентов, перенесших тиф или паратифы, период реконвалесценции (выздоровления) характеризуется возникновением резко повышенного аппетита.

В связи с этим необходимо разъяснить опасность переедания в их положении, поскольку это может спровоцировать развитие дисфункции кишечника и даже рецидива заболевания.

Уход при дизентерии и других острых диарейных кишечных инфекциях

В отделении, где лежат больные с дизентерией и другими кишечными инфекциями со схожей симптоматикой, повышенное внимание уделяют санитарно-гигиеническим вопросам и текущей дезинфекции. Особенно тщательная дезинфекционная обработка должна проводиться в туалетах. В теплое время года большое значение имеет борьба с насекомыми, в частности с мухами. Всем без исключения пациентам, поступающим в специализированные отделения стационара, предназначенные для лечения кишечных инфекций, проходящим лечение в домашних условиях, а также родным и близким больных, проживающих с ними на одной жилплощади и осуществляющих уход, разъясняют правила соблюдения личной гигиены. Подразумевается, в частности, мытье рук с мылом после посещения туалета, перед приемом пищи и курением – это связано с фекально-оральным механизмом передачи данной категории заболеваний.

В летнее время значительно учащаются случаи «диареи путешественников». Как правило, во время нахождения в дороге зачастую сложно полностью соблюдать правила личной гигиены, правильно хранить продукты, что и приводит к развитию кишечных инфекций.

В том случае, если лечебные мероприятия проводятся в домашних условиях, следует научить пациентов и их окружающих простейшим и доступным методам проведения текущей дезинфекции. В обязанности медсестры входит регулярный контроль стула пациентов с дизентерией и подобными заболеваниями с последующей регистрацией данных в истории болезни.

При тяжелом течении заболевания за больными требуется особый уход. Ни в коем случае не следует допускать ситуации, при которой пациент находится в белье, загрязненном фекалиями. Кожные покровы в области промежности должны постоянно находиться в хорошем гигиеническом состоянии и после каждого акта дефекации нужно обмывать область вокруг анального отверстия теплой водой с мылом. У кишечных больных с тяжелым течением заболевания существенно увеличивается чувствительность к холоду, их регулярно знобит вследствие токсического расстройства терморегуляции и нарушения водно-солевого баланса. Поэтому следует согреть пациентов с помощью грелок.

Уход при холере

При холере происходит постоянное значительное обезвоживание организма больного, от выраженности которого зависит тяжесть заболевания. В связи с этим одной из важнейших задач медсестры и врача является постоянный скрупулезный учет объема жидкостей, которые пациент теряет с испражнениями и рвотой и которые вводятся парентерально с терапевтическими целями. Не менее важная задача – строгое соблюдение мер по предотвращению распространения этой опасной инфекции, включающих особые правила сбора и дезинфекционной обработки заразного материала, нательного и постельного белья, а также одежды больного и предметов обстановки. В острой фазе заболевания, если у пациента присутствуют такие симптомы, как диарея и рвота, прием пищи исключен. Для частичного предотвращения обезвоживания и потери солей натрия допустимо пить только воду и солевые растворы.

По мере ликвидации кишечной дисфункции больному назначается стол № 4 сроком на 2 – 3 дня, затем стол № 13 и за несколько дней до выписки из стационара – стол № 15.

Уход при инфекциях дыхательных путей

При гриппе и других заболеваниях, поражающих респираторную систему человека, нередко развиваются пневмонии, которые в случае тяжелого течения могут приобретать геморрагический характер, что обуславливает некоторые особенности ухода. Пациенту, страдающему пневмонией, следует помочь принять в постели максимально комфортное и удобное для дыхания и деятельности сердечнососудистой системы положение. Необходимо приподнять головную часть кровати и разместить под головой и верхней частью туловища больного 2 – 3 подушки. Очень важно при респираторных заболеваниях следить за чистотой и хорошей проходимостью дыхательных путей пациента: носовые ходы, глотку и ротовую полость следует регулярно подвергать осмотру и удалять из них слизь и насохшие корки. Если губы и видимые слизистые оболочки сухие, целесообразно смазывать их свежим сливочным маслом или глицерином.

Нуждающемуся в искусственной подаче кислорода пациенту, как правило, дают его не ранее, чем через 10 – 15 мин после смазывания слизистой. При регулярной и долговременной кислородотерапии посредством носовых катетеров следует контролировать состояние слизистых оболочек носовых ходов пациента – они не должны травмироваться и подвергаться образованию пролежней. Если слизистые оболочки все же повреждены, можно заменить носовые катетеры маской для подачи кислорода.

К сожалению, в ряде случаев у таких больных развиваются весьма тяжелые осложнения в виде энцефалитов и менингоэнцефалитов. Причем на фоне заболевания гриппом данные осложнения со стороны нервной системы нередко имеют геморрагический характер. В таких ситуациях пациенты теряют сознание и зачастую впадают в коматозное состояние. Потере сознания могут предшествовать симптомы острого психоза, сопровождающегося галлюцинациями. У постели больных в бессознательном состоянии непременно устанавливается круглосуточный индивидуальный пост, поскольку необходим постоянный контроль функций всех органов и систем. При этом в первую очередь обращают внимание на деятельность сердца и легких, принимая все возможные меры для улучшения деятельности этих жизненно важных органов. Сотрудники лечебного отделения обязаны работать в стерильных масках, закрывающих нижнюю часть лица, меняя их через каждые 3 – 4 ч работы.

Уход при скарлатине

Специфика ухода обусловлена тем, что у пациентов с тяжелой токсической или септической формой скарлатины довольно часто возникает рвота. Этот симптом особенно характерен для начального периода заболевания. В связи с этим у постели больного с тяжелой

формой скарлатины должна всегда стоять емкость, специально предназначенная для сбора рвотных масс. Осуществляя уход за подобными больными, внимательно следите за гигиеническим состоянием ротовой полости и глотки, обрабатывая их по мере необходимости. Для очистки полости рта целесообразно использовать 0,5%-ный раствор перманганата калия или 0,02%-ный раствор фурацилина. Шею больного следует закрыть ватно-марлевой повязкой: равномерное тепло, создаваемое ею, благоприятствует ликвидации воспалительных изменений в лимфатических узлах, затронутых патологическим процессом. Если у больного скарлатиной отмечается характерная геморрагическая сыпь, надо принять все меры для предотвращения травмирования кожных покровов. У особо тяжелых и ослабленных пациентов следует регулярно проверять места обычной локализации пролежней и опрелостей, принимая меры по профилактике их возникновения.

Если у больного диагностирована тяжелая токсическая форма скарлатины, то, ухаживая за ним, особенно тщательно следите за деятельностью его сердечнососудистой системы, поскольку велик риск развития острой сердечнососудистой недостаточности, требующей принятия неотложных мер. Осуществляя уход за больными скарлатиной, сотрудники профильного отделения стационара обязаны иметь халаты, которые никогда нельзя выносить за пределы отделения.

Уход при дифтерии

Больному следует обеспечить полный покой, оградив его от любых раздражителей, которые могут вызвать его возбуждение или беспокойство. Ухаживая за «тяжелыми» пациентами с токсической и геморрагической формами дифтерии зева, особое внимание обратите на гигиеническое состояние ротовой полости, глотки и носовых ходов, регулярно удаляйте из них некротические массы, слизь и корки посредством полосканий и обработки ватными тампонами с дезинфицирующими растворами. Важно помнить, что не следует пытаться смыть дифтерийные пленки и ни в коем случае нельзя убирать их механическим способом, поскольку это оказывает неблагоприятное местное воздействие и усугубляет общую интоксикацию. Пациентам с симптомами крупа нужно придать полусидячее положение. При стенозе II – III степеней начинают подачу кислорода посредством маски или носовых катетеров. После осуществления интубации трахеи или трахеотомии возле больного обязана постоянно находиться высококвалифицированная медицинская сестра. Если дыхательная трубка закупоривается слизью или дифтерийными пленками, у пациента начинает определяться характерный хлопочущий дыхательный шум. В данной ситуации следует срочно извлечь трахеостомическую трубку для последующей очистки или убрать ее совсем.

Все больные фибринозной ангиной обязательно проходят бактериологическое обследование на дифтерию: у них берут мазки из зева и производят посев на питательную среду с целью выявления возбудителя заболевания.

При дифтерии, поражающей глаза, уши, гениталии и раны, назначается местное лечение с применением капель, примочек и мазей, в состав которых входят антибиотики. Осуществляя уход за пациентом, больным дифтерией, медицинский персонал обязан надевать вторые медицинские халаты и носить марлевые повязки.

Уход при менингококковой инфекции

Исключительно тяжелым течением отличается менингококцемия, представляющая собой менингококковый сепсис с формированием очагов кровоизлияния и некроза в коже. Из-за тяжелой интоксикации организма нарушается питание кожных покровов и слизистых оболочек. У «тяжелых» больных, находящихся без сознания, стремительно образуются про-

лежни. Все проявления менингококковой инфекции требуют исключительно тщательной и регулярной обработки кожи пациента, а также слизистых оболочек носовых ходов, полости рта, глотки и конъюнктивы глаз.

Следует регулярно осуществлять профилактику пролежней и некрозов: не позволяйте пациенту подолгу лежать в одном положении, смазывайте места, где наиболее часто образуются пролежни, камфарным спиртом.

При заболевании менингитом и менингоэнцефалитом у пострадавших нередко развивается рвота центрального происхождения. При этом, если больной находится без сознания, создается серьезная угроза попадания рвотных масс в верхние дыхательные пути с развитием асфиксии. Учитывая риск возникновения такого серьезного осложнения, важным представляется не только очистить ротовую полость и провести гигиеническую обработку при рвоте, но и принять все необходимые меры для предотвращения попадания рвотных масс в дыхательные пути. Если все же сложилась такая неприятная ситуация, то следует незамедлительно ввести катетер в трахею для отсасывания попавших в нее рвотных масс.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.