

**ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА И
ПРОФИЛАКТИКА
ПРОЛЕЖНЕЙ.
ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ.**

Бельевой режим стационара

Обеспечение бельем должно быть в достаточном количестве. Смена проводится не реже 1 раза в 7 дней , загрязненное – незамедлительно. Сбор грязного белья в отделении осуществляется в специальную плотную тару (клеенчатые мешки) и передается в центральную бельевую. На отделениях разборка белья запрещена. Временное хранение (до 12 ч) осуществляется в санитарных комнатах в закрытой таре , работать с грязным бельем надо в санитарной одежде . Чистое белье хранят в специальных помещениях – бельевых . В отделении должен храниться суточный запас чистого белья – в специальных помещениях или на посту м/с в шкафу. Белье и тара маркируются по отделениям. Стирка осуществляется централизованно на фабриках-прачечных. Доставка – специальным транспортом в специальной таре с маркировкой «чистое» , «грязное». После выписки или смерти пациента матрасы , подушки , одеяла обрабатываются в дезкамере .

формы, окрашенной светлой краской, с упругой сеткой, удобной для протирания. Ножки постели снабжены колесиками. Для тяжелобольных удобна функциональная кровать, сетка которой имеет две или три подвижные секции, позволяющие в случае необходимости поднять головной или ножной конец постели.

Кровати для детей и беспокойных пациентов должны иметь боковые сетки.

Матрас должен быть толстым, с упругой поверхностью, без бугров и впадин. Для пациентов с недержанием мочи и кала используют матрас, состоящий из трех частей — средняя часть имеет приспособление для судна. В крайнем случае матрас необходимо обшить клеенкой. Подушки должны быть мягкими, синтепоновыми, поролоновыми или перовыми, средних размеров.

Постельное белье не должно быть синтетическим, жестким, не должно иметь швов, узлов, заплат. Необходимо следить, чтобы на простыне не было складок и крошек.

Пациент, лечащийся в стационаре, большую часть времени находится в постели, поэтому важным условием для его хорошего самочувствия и выздоровления является постельный комфорт. Соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте палаты и постели создают условия для скорейшего выздоровления пациентов и предупреждают развитие многих осложнений. Адекватный уход является залогом успеха лечения тяжелобольных. Чем тяжелее состояние пациента, тем сложнее за ним ухаживать, труднее выполнять любые манипуляции. Необходимо четко знать методику манипуляций, уметь их выполнять. Одна из целей ухода — поддержание чистоты кожи. Чистая кожа нормально функционирует. Для этого ежедневно необходимо проводить

Основные принципы ухода за пациентом :

- 1. Безопасность**
- 2. Конфиденциальность**
- 3. Уважение**
- 4. Общение**
- 5. Независимость**
- 6. Инфекционная безопасность**

Пролежни –повреждение (омертвление)кожи , подкожно – жировой клетчатки , мягких тканей , вплоть до костной основы вследствие нарушения местного кровообращения и нервной трофики в точках опоры тела человека .

Пролежни легко образуются у ослабленных пациентов, вынужденных длительно находиться в горизонтальном положении, или сидеть без движения.

Пролежни образуются обычно :

В положении «на спине» - крестец,ягодицы ,область лопаток, локтей, пяток, затылка, на пальцах ног, если «давит» тяжелое одеяло.

В положении «на боку» - лобно-височная область , плечевой , локтевой , тазобедренный , коленный суставы , пятки .

В положении «сидя» - в области седалищных бугров, ягодицы , пятки .

В положении «лежа на животе» - лобно-височная область , грудная клетка , гребни подвздошных костей , локтевой и коленный суставы , тыльные поверхности пальцев ног.

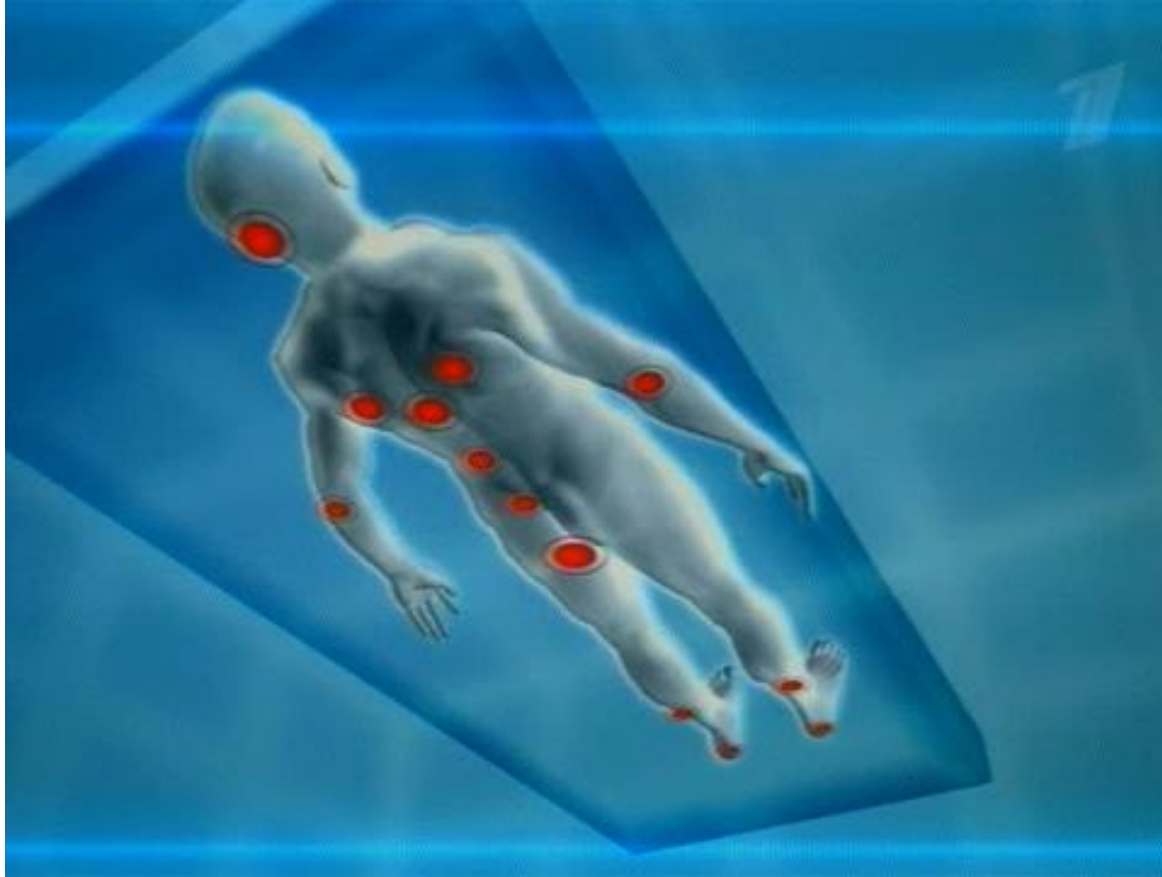




Рис. 12-б



Три основных фактора приводят к образованию пролежней.

Давление .(Физическая компрессия) . Под воздействием тяжести собственного веса происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви у пациентов, сидящих неподвижно. Прямое давление вызывает расстройство кровоснабжения и иннервации , ишемию тканей , и впоследствии некроз. У тяжелобольных пожилого и старческого возраста деструкция тканей происходит спустя 2 часа непрерывного давления .

Срезывающая сила.

Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или их «срезывания». Сдвиг тканей наблюдается если:

- пациент съезжает в постели с подушек вниз
- подтягивается к изголовью кровати
- медсестра вытягивает простыню из-под пациента
- нарушены правила биомеханики при перемещении пациента .

Этот фактор может вызвать столь же глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более серьезных случаях происходит даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ними кожа в течение двух недель может оставаться неповрежденной.

Трение как компонент «срезающей силы». Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводят к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди при недержании мочи, потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья или располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки или нерегулярно меняемые подстилки). В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими — неподвижность, потеря чувствительности, анемия, депрессия и др., они представляют риск.

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и/или кала и чрезмерная влажность;
- заболевания сосудов, приводящие к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациента вследствие:
 - а) поступления пациента в стационар и отсутствия помощи при перемещении, к которой он привык дома;
 - б) применения седативных и обезболивающих лекарственных средств;
 - в) апатии и депрессии;
 - г) повреждения двигательных центров головного и спинного мозга;
 - д) боли;
- повышения или понижения температуры тела;
- недостаточного белкового питания , витаминно-минерального комплекса.

Готовность к общению	Полная	Неполная	Частичная	Нет
	4	3	2	1
Возраст	Меньше	Меньше	Меньше	Больше
	10 лет	30 лет	60 лет	60 лет
Состояние кожи	4	3	2	1
	Здоровая	Шелушащаяся сухая	Влажная	Раны, аллергии, трещины
Сопутствующие заболевания	Нет	Лихорадка, диабет, анемия	Рассеянный склероз	Кома, паралич
	4	3	2	1
Физическое состояние	Хорошее	Удовлетвор.	Плохое	Очень плохое
	4	3	2	1
Душевное состояние	Ясное	Адаптивное, безучастное	Спутанное сознание	Ступор
	4	3	2	1
Активность	Ходит без помощи	Ходит с помощью	Передвигается на кресле	Лежит в постели
	4	3	2	1
Подвижность	Полная	Немного ограничена	Значительно ограничена	Полностью ограничена
	4	3	2	1
Недержание	Нет	Иногда	Моча	Моча и кал
	4	3	2	1

Таблица 1. Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Баллы по шкале суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- 1-9 баллов – нет риска;
- 10-14 баллов – есть риск;
- 15-19 баллов – высокая степень риска;
- 20 баллов и выше – очень высокая степень риска.

Телосложение: масса тела относительно роста	Балл	Тип кожи	Балл	Пол Возраст	Балл	Особые факторы риска	Балл
среднее	0	здоровая	0	мужской	1	нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
выше среднего	1	папиросная бумага	1	женский	2	сердечная недостаточность	5
ожирение	2	сухая	1	14-49	1	болезни периферических сосудов	5
ниже среднего	3	сетчатая	1	50-64	2	анемия	2
		отечная	1	65-74	3	курение	1
		липкая (повышенная температура)	1	75-81	4		
		изменение цвета	2	более 81	5		
		трещины, пятна	3				
Недержание	Балл	Подвижность	Балл	Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл
полный контроль/через катетер	0	полная	0	Средний	0	Например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные / сенсорные, паралепгия	4-6
периодическое через катетер	1	беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
недержание кала	2	апатичный	1	Питатель-ный зонд / только жидкости	2		
кала и мочи	3	ограниченная подвижность	3	Не через рот / анорексия	3		
		инертный	4				
		«прикованный» к креслу	5				
Обширное оперативное вмешательство / травма	Балл	Лекарственная терапия	Балл				
Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник	5	Цитостатические препараты				4	
Более 2 ч на столе	5	Высокие дозы стероидов				4	
		Противовоспалительные				4	

Принципы профилактики:

- уменьшение сдавления, трения или сдвига;
- полноценное питание и личная гигиена;
- уменьшение раздражителей кожи;
- смена положения тела каждые 2 часа;
- уход за кожей - содержите кожу в чистоте;
- снижение влажности кожи;
- регулярность и правильность оправлений (мочи и кала).

Стадии пролежней

Степень I: кожный покров не нарушен. Эритема .Устойчивая гиперемия , не проходящая после прекращения давления.	Профилактические мероприятия , увеличить двигательную активность , смена положения каждые 2 часа . Лечебные : обрабатывать эритему р-ром бриллиантовой зелени
Степень II: поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.	Обработка кожи вокруг раны р-ром бриллиантовой зелени . Ранозаживляющие повязки с мазями левомеколь , солкосерил , олазоль , левосин , пантенол (по назначению врача)
Степень III: разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения.	Хирургическое лечение
С Степень IV: поражение всех мягких тканей. Скопление некротических масс . Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости).	Хирургическое лечение

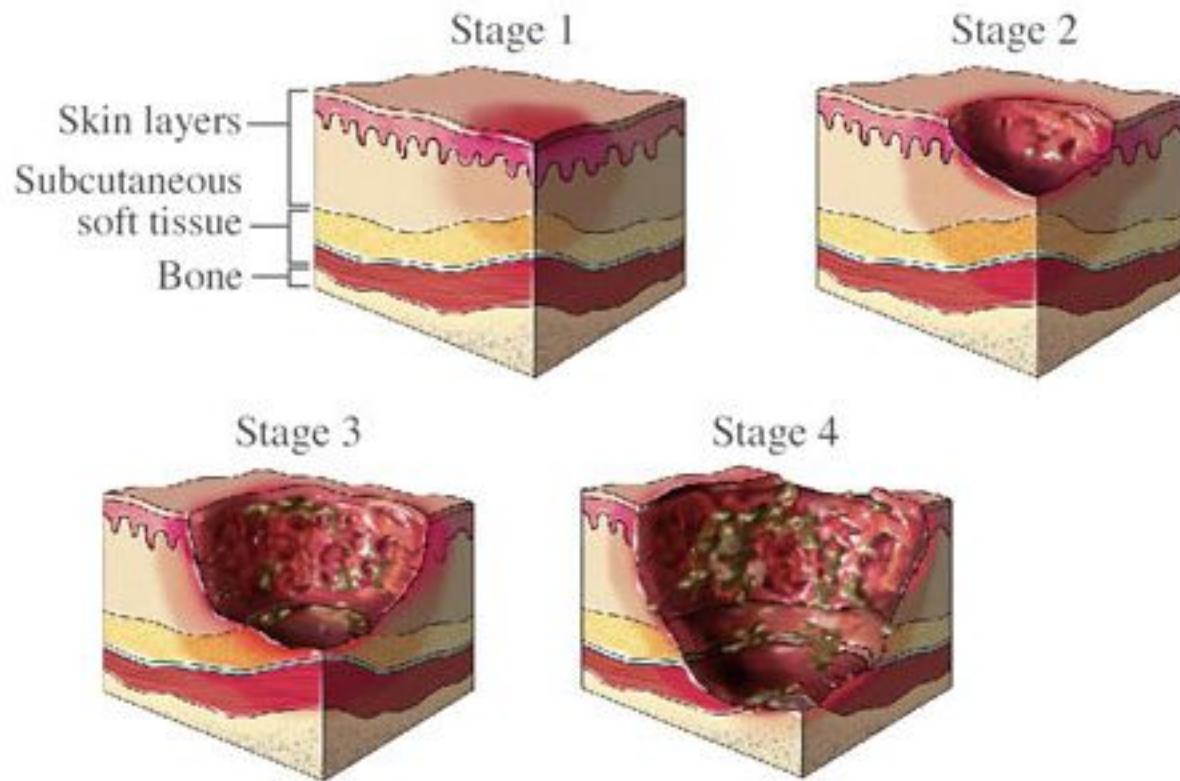




Рис. 7





Figure 5 - Oral ulceration in HIV infected patient







специальные матрасы-песчанники;

специальные поролоновые матрацы;

специальные противопрележневые матрацы

в сочетании с кроватями специальной конструкции;

специальные кровати, противопрележневые водные (гелевые) матрацы,

матрацы, заполненные воздухом (постоянно или с периодическим поддувом).

Подушки. Ни один пациент, пользующийся креслом-каталкой, инвалидной коляской не должен сидеть в кресле без подушки:

поролоновой подушке толщиной около **10** см;

желательно использовать подушку, содержащую гель ,

подушка — «ложемент», легко принимающая форму конкретного пациента.

Постельное белье. Категорически противопоказаны простыни из синтетического волокна, особенно в сочетании со специализированными (противопрележневыми) матрацами и кроватями, поскольку в этом случае простыни сводят к нулю эффект противопрележневого матраца и специальной кровати. Одеяло также должно быть в хлопчатобумажном пододеяльнике.

Валики для рук, ног и подушки из поролона применяют в качестве прокладок,

овечья шерсть используется как вспомогательное средство.





board.com.ua







Питание и кормление пациента.

Питание – это одна из основных жизненно важных потребностей человека .

Законы рационального питания :

- 1.Энергетическая адекватность
- 2.Пластическая адекватность (нутриенты 1:1:4)
- 3.Закон разнообразия питания
- 4.Закон ферментативной адекватности (химический состав)
- 5.Закон биотической адекватности (безвредность)
- 6.Закон соответствия биосоциальным ритмам (режим , климат)

Функции питания :

- 1.Пластическая – обеспечение развития и обновления клеток и тканей .
- 2.Энергетическая – поступление энергии для восполнения энергозатрат организма .
- 3.Регулирующая – поступление в организм веществ , необходимых для образования ферментов , гормонов и других регуляторов обменных процессов.

Основы рационального питания

1. Соблюдение суточного рациона (энергетическая ценность 2800-3000 ккал в сутки)

Показатель энергетической ценности – количество энергии , выделяемое при окислении пищевых веществ . (Калорийность)

2. В больничных учреждениях установлен 4-х разовый режим питания, а для некоторых групп пациентов — 5—6 и даже 8-ми разовый. Дневной рацион должен быть распределен следующим образом в процентах от общей энергетической ценности:

завтрак — 25%, обед — 30%, полдник – 20% , ужин — 25%.

3. Не есть перед сном т.к. белок возбуждает н.с.

4. Поступление белков , жиров и углеводов, минеральных веществ , витаминов , воды должно быть сбалансировано в зависимости энергозатрат (пол , возраст , нагрузка).

Калорийность пищи должна соответствовать энергозатратам .

Принципы рационального питания – режим , умеренность , разнообразие .

Белки — основа живой клетки и межклеточного вещества.

Функции : пластическая , каталитическая , гормональная , иммунная , транспортная . Суточная потребность – 80-100 гр . Они служат материалом для построения клеток тканей и органов , входят в состав ферментов, гормонов, участвуют в передаче генетической информации, в клеточном дыхании, сокращении и расслаблении мышц, являются переносчиком кислорода, защищают организм от микробов и вирусов.

Жиры (липиды) — важный источник энергии в организме.

Функции – защитная , энергетическая , строительная , транспортная . Они служат структурным компонентом клеточных мембран, нервной ткани, надпочечников и т. д. Без жиров невозможно нормальное усвоение организмом белков, некоторых минеральных солей и жирорастворимых витаминов (А, D, Е) обеспечивают всасывание из кишечника ряда пищевых веществ. В суточном рационе должно быть 70 % жиров животного происхождения (70 г) и 30 % — растительного (30 г).

Углеводы - основной источник энергии.

Функции : энергетическая , стимуляция моторики кишечника , метаболизм жиров, стимулируют работу мышц , печени , н.с. , сердца . Простые – глюкоза , фруктоза , сахароза . Сложные – клетчатка , крахмал , гликоген , пектамин . Они содержатся преимущественно в продуктах растительного происхождения. Углеводы также необходимы для нормального усвоения жиров. Суточная потребность взрослого человека в углеводах — около 400—500 г.

1. Качественный состав пищи (увеличение или уменьшение в пищевом рационе белков, жиров, углеводов и др.) и ее количество.
2. Характер кулинарной обработки продуктов (степень измельчения, тепловая обработка: отваривание на пару или в воде, запекание и т. д.) .
3. Режим питания (время и частота приема пищи).

Основные принципы лечебного питания

Диетология – наука о лечебном питании (диетотерапии) .

Лечебное питание осуществляется с помощью диеты (лечебного стола) и режима питания . Диета это пищевой рацион .

Принципы приготовления пищи :

Механическое щажение – жидкая , пюреобразная пища – не травмирует слизистую .

Химическое – исключение раздражающих и плохо перевариваемых продуктов .

Термическое –при острых воспалительных заболеваниях слизистой ЖКТ (10-60 С)

Лечебные столы (диеты)

0. Послеоперационный.
1. Язвенная болезнь желудка. Гастрит с повышенной кислотностью.
2. Гастрит с пониженной кислотностью.
3. Запор.
4. Диарея.
5. Заболевания печени.
6. Подагра. Почечно-каменная болезнь.
7. Заболевания почек.
8. Ожирение.
9. Сахарный диабет.
0. Заболевания системы кровообращения.
1. Туберкулез.
2. Заболевания нервной системы.
3. Инфекционные заболевания.
4. Мочекаменная болезнь.
5. Общий стол.

Искусственное питание

Иногда нормальное питание пациента через рот затруднено или невозможно

(некоторые заболевания органов полости рта, пищевода, желудка). В подобных случаях организуют искусственное питание. Его осуществляют при помощи зонда, введенного в желудок через нос или рот, либо через гастростому. Можно вводить питательные растворы парентерально, минуя пищеварительный тракт (внутривенно капельно). Показания к искусственному питанию и его способ определяет врач.

Кормление через назогастральный зонд

Показания – операции на пищеводе , желудке , непроходимость пищевода , стеноз привратника , отек языка , глотки , гортани , без сознания , отказ от пищи .

Противопоказания – язвенная б-нь желудка в стадии обострения .

кормление пациента с помощью зонда, введенного в желудок через **гастростому** (греч. Gaster — желудок, stoma — рот, отверстие), назначают при непроходимости пищевода и стенозе (сужении) привратника.

Питательная клизма – кормление пациента через прямую кишку - вода, физиологический раствор, раствор глюкозы, этиловый спирт, слабые растворы белков (неконцентрированный бульон).

Парентеральное питание назначают пациентам с явлениями непроходимости пищеварительного тракта, при невозможности нормального питания (опухоль), а также после операций на пищеводе, желудке, кишечнике и пр., а также при истощении, ослабленным пациентам при подготовке к операции. Для этой цели используют препараты, содержащие продукты гидролиза белков — аминокислоты (гидролизин, белковый гидролизат казеина, фибриносол), а также искусственные смеси аминокислот (альвезин новый, левамин, полиамин и др.); жировые эмульсии (липофундин, интралипид); 10 %-ный раствор глюкозы. Кроме того, вводят до 1 л растворов электролитов, витаминов группы В, аскорбиновую кислоту.