

ПАЛЛАТИВНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Паллиативная помощь на дому

Руководство для медицинских сестер



**INSTITUTE OF
PALLIATIVE MEDICINE**



WHO Collaborating Centre for
Community Participation in
Palliative Care and Long Term Care



Sri Amalambika Society

SANJEEVAN

AN INTEGRAL APPROACH TO END-OF-LIFE CARE

Москва
2022

УДК 616-08-039.75(035)

ББК 51.1(2Рос),2

П14

Home-Based Palliative Care

A Manual for Nurses

*Проект паллиативной помощи Сандживан
(совместная работа Общества Шри Ауробиндо и Института
паллиативной медицины)*

Англиязычная версия документа опубликована при поддержке гранта
Траста социального благополучия Тата.

Перевод на русский язык — Т.Б. Бабанова

П14 Паллиативная помощь на дому: Руководство для медицинских сестер / пер. с англ. Т.Б. Бабанова; ред. перевода канд. мед. наук Н.Н. Савва, д-р мед. наук Э.В. Кумирова. — М. : Издательство «Проспект», 2022. — 292 с.

ISBN 978-5-98597-502-4

Руководство для медицинских сестер «Паллиативная помощь на дому» адресовано медицинским сестрам, оказывающим паллиативную помощь на дому, либо интересующимся данным направлением. Документ разработан Институтом паллиативной медицины, который является Сотрудничающим центром ВОЗ. В публикации содержатся как общие, так и частные вопросы оказания паллиативной помощи, включая оценку симптомов, наиболее часто встречающихся при оказании паллиативной помощи, адекватное и безопасное проведение медсестринских манипуляций на дому и многое другое. Руководство имеет практический характер и основано на экспертном опыте медсестер, работающих в области паллиативной помощи.

Отказ от ответственности

Издание «Паллиативная помощь на дому: Руководство для медицинских сестер» опубликовано Институтом паллиативной медицины, который является Сотрудничающим центром ВОЗ; оно не является публикацией Всемирной организации здравоохранения. Институт паллиативной медицины несет ответственность за постулаты в данном руководстве, которые необязательно отражают решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

УДК 616-08-039.75(035)

ББК 51.1(2Рос),2

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2022

© Сотрудничающий центр ВОЗ по участию населения в паллиативной помощи и долговременном уходе, 2020

ISBN 978-5-98597-502-4

БЛАГОДАРНОСТЬ

Данное руководство адресовано медицинским сестрам, оказывающим паллиативную помощь на дому, либо интересующимся данным направлением; подготовлено под руководством и супервизией Сотрудничающего центра ВОЗ по участию сообщества в паллиативной помощи и долгосрочном уходе.

В содержание руководства внесли свой вклад следующие специалисты из сферы здравоохранения:

Команда Института паллиативной медицины (Кожикодде): Terryimize Immanuel, Dr. Suresh Kumar, Dr. Lulu Mathews, Chandralekha K. P., Dr. Anwar Hussain, Shyni M., Lissy Rajan, Meenakumari, Sreeja P. C., Sinimol K. V., Reshma M., Ramya P., Ajitha A. M. and Leena A. V.

Dr. Gayatri Palat (MNJ) (Институт онкологии и региональный раковый центр, Хайдерабад), Dr. Anil Kumar Paleri (Консорциум подразделений паллиативной помощи в Калькутте, Кожикодде), Dr. E. Divakaran (Институт паллиативной помощи, Триссур), Dr. Chhaya Suresh (врач паллиативной помощи, Дели), Lailatul Ferdous (Медицинский университет Шейха Буджиба Бангабанду, Дакка), Seema Papicker (Национальный проект паллиативной помощи национальной миссии здравоохранения, Кожикодде).

Команда паллиативной помощи Альфа (Триссур): Dr. Jose Babu T. J., Sheeja V. S., Baby Rajan, Bindu Johnson, Diji Varghese, Sheeja Shaju, Sreedevi Rajan, Shyji Jose, Jilsa Madhu and Rajitha Antony.

Команда Паллиум Индия (Тхируванантхапурам): Sheeba R. S., Sreedevi V. S. Nair, Chandralekha R. S.

Fousiya (Паллиативная помощь Дайа Снехатерам, Кожикодде), Saleeja C. T. (Центр паллиативной помощи Кодиятур, Кожикодде)

Команда Общества облегчения боли и паллиативной помощи (Хайдерабад): Immaraju Swaroop, Vineela Rapelli, Neerudi Rajitha.

Координатором семинаров, благодаря которым появилось это руководство, был Terrytize Immanuel (Команда Института паллиативной медицины, Кожикоде)

Иллюстрации были подготовлены Edwin C. (Христианская больница в Амбиликай), Danie Andrews Mathew (Христианская больница в Амбиликай), Suthana Immanuel (Христианская больница в Амбиликай), Roselin Mary (Христианская больница в Амбиликай), Rahul Rajeev (Правительственный медицинский колледж, Кожикоде) и Naeem Omer Iqbal (Правительственный медицинский колледж, Кожикоде).

Разработка данного документа состоялась при поддержке Проекта паллиативной помощи Сандживан (Пондичерри), который является совместной инициативой Института паллиативной медицины и Общества Шри Ауробиндо. Печать руководства стала возможной благодаря гранту Проекта паллиативной помощи Сандживан от Фонда благополучия Тата (Tata Welfare Trust).

СОДЕРЖАНИЕ

Зачем было создано это Руководство?	9
СЕКЦИЯ А	
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	
НА ДОМУ	11
Паллиативная помощь	11
Зачем нужна паллиативная помощь на дому?	11
Возможные ограничения ухода на дому	12
Кому предоставляется паллиативная помощь на дому?	13
Кто входит в команду паллиативного ухода на дому?	14
Кто может запрашивать паллиативный уход на дому?	14
Волонтеры по уходу на дому из местного сообщества	15
Как подготовиться к визитам на дому?	15
Первичный визит к новому пациенту	20
Плановый визит к пациенту, состоящему на учете службы	21
Посещение людей, понесших тяжелую утрату в период горевания	22
Экстренный визит к пациенту, состоящему на учете службы	26
Выявление пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, в сообществе (Инструмент для скрининга)	28
Какие пациенты находятся в приоритете для регулярных посещений на дому?	31
Когда переводить пациента с домашнего ухода на стационарное лечение?	32
СЕКЦИЯ В	
МЕДСЕСТРИНСКАЯ ОЦЕНКА ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ	34
Форма оценки ухода на дому, используемая в Институте паллиативной медицины (Оценка при первом посещении)	34
Форма оценки ухода на дому, используемая в Институте паллиативной медицины (Оценка при плановых посещениях)	42
Обследование «с головы до ног»	46
Оценка жизненных показателей	49
Измерение температуры с помощью цифрового термометра	50
Измерение температуры с помощью бесконтактного инфракрасного термометра (БИТ)	52
Измерение радиального пульса	53
Подсчет частоты дыхательных движений	55
Измерение артериального давления	57

Комплексная оценка симптомов	59
Как провести оценку пациента с болью?	59
Как провести оценку пациента с желудочно-кишечными симптомами?	63
Как провести оценку пациента с тошнотой и рвотой?	63
Как провести оценку пациента с запором?	65
Как провести оценку пациента с диареей?	67
Как провести оценку пациента с одышкой?	68
Неврологическое обследование	69
Оценка расстройства сознания	74
Оценка урологических симптомов	76
Оценка утомляемости	81
Оценка аппетита	82
Оценка раны	83
Оценка пролежней	85
ШКАЛА БРЕЙДЕН (Для прогнозирования риска образования пролежней при домашнем уходе)	90
Оценка полости рта	94
Шкала ВОЗ оральной токсичности	96
Оценка психологических проблем	96
Термометр дистресса NCCN	97
Оценка тревожности и депрессии (Опросник здоровья пациента – 4 (PHQ-4))	98
Индекс благополучия ВОЗ	99
Оценка духовности	100
Как распознать признаки умирания?	101
СЕКЦИЯ С	
МЕДСЕСТРИНСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА	104
Нефармакологические методы повышения комфорта пациентов с одышкой в домашних условиях	104
Введение лекарств	106
Обязанности медсестры при введении лекарств	106
Введение пероральных препаратов	107
Введение сублингвальных или буккальных препаратов	109
Парентеральные препараты	111
Общие инструкции по применению парентеральных препаратов	111
Проведение внутримышечной инъекции	112

Проведение внутривенной инъекции	120
Проведение подкожной инъекции	125
Подкожные инъекции	130
Гипогликемия и ее лечение	137
Забота о личной гигиене пациента	142
Уход за полостью рта или оральный уход	142
Уход за полостью рта для пациентов, которые сами следят за собой	145
Уход за полостью рта для пациентов, которые не могут делать это самостоятельно	147
Уход за зубными протезами	149
Гигиенические процедуры в постели	150
Уход за спиной	155
Уход за ногтями пальцев рук и ног	158
Уход за промежностью	160
Уход за назогастральным зондом	164
Введение назогастрального зонда	164
Кормление через назогастральный зонд	166
Таблица питательной ценности	170
Удаление назогастрального зонда	171
Уход за мочевыми катетерами	172
Катетеризация мочи	172
Процедура постоянной катетеризации мочевого пузыря у женщин	174
Процедура постоянной катетеризация мочевыводящих путей у мужчин	179
Процедура замены надлобкового катетера	182
Семейное обучение для пациентов, живущих с постоянным катетером	185
Забор стерильного образца мочи у пациента с постоянным катетером (порт отбора пробы и техника пункции)	186
Промывание мочевого пузыря (через двусторонний катетер)	189
Чистая прерывистая самокатетеризация	191
Катетеры урологические	195
Ректальные меры	198
Ректальное исследование (цифровое исследование прямой кишки)	198
Помещение ректальных суппозиторияв	200

Проведение ректальной клизмы	202
Уход за раной	206
Как приготовить перевязочный материал в домашних условиях	210
Как справиться с болью во время перевязки	210
Как справиться с кровотечением из раны в домашних условиях	211
Лечение чрезмерного экссудата в домашних условиях	212
Борьба с заражением личинками	213
Диетическая поддержка пациентов с хроническими язвами	214
Уход в случае смерти на дому	215
Что делать в случае смерти?	215
СЕКЦИЯ D	
УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОСОБЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ	218
Дренажирование асцита, или перитонеальный парацентез	218
Уход за больными со стомами	224
Уход за пациентом с колостомой	224
Уход за пациентами с трахеостомией	238
Уход за больными с лимфедемой	246
СЕКЦИЯ E	
СТАНДАРТНЫЕ РУКОВОДСТВА И ПРИЛОЖЕНИЯ	268
Документирование ухода на дому	268
Инфекционный контроль при паллиативном уходе на дому	271
Стандартные меры предосторожности	271
Как утилизировать биомедицинские отходы в условиях ухода на дому?	277
Как приготовить 1%-ный раствор гипохлорита натрия?	278
<i>Приложение I: Набор для ухода на дому</i>	279
<i>Приложение II: Препараты, которые нужно привозить для домашнего ухода</i>	281
<i>Приложение III: Минимальные стандарты обучения для бригады по уходу на дому, предписанные ВОЗ</i>	285
Учебные программы, доступные в Институте паллиативной медицины	286
Список литературы	287

Зачем было создано это Руководство?

Установлено, что ежегодно в паллиативной помощи нуждаются 40 миллионов неизлечимо больных и умирающих людей, 86% из них не имеют доступа к помощи, которая им остро необходима. Эта ситуация может измениться к лучшему только в том случае, если паллиативная помощь станет частью пакета базовой помощи на доврачебном и первичном уровне медицинского обслуживания.

Большинство людей предпочитают быть дома в конце своей жизни. Поэтому помощь должна быть максимально доступна в месте проживания пациента. Главную роль в удовлетворении этой потребности играют программы помощи на дому. Ключевыми специалистами здравоохранения в этой сфере являются медсестры, но публикаций, которые описывают практические вопросы работы медицинских сестер в паллиативной помощи, немного.

В 2014 году Всемирная ассамблея здравоохранения постановила, что приоритетом системы здравоохранения должно стать включение паллиативной помощи в первичный уровень медицинского обслуживания. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрабатывает руководства и инструменты для разных стейхолдеров в этой области.

Сотрудничающий центр ВОЗ по участию населения в паллиативной помощи и долгосрочном уходе получил мандат от Всемирной организации здравоохранения на поддержку ВОЗ в разработке программ обучения и справочников по паллиативной помощи и долгосрочному уходу. Данное Руководство для медсестер представляет собой попытку удовлетворить информационные потребности медсестер, оказывающих паллиативную помощь на дому, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

Справочник «Паллиативная помощь на дому. Руководство для медицинских сестер» разработан в ходе серии семинаров, основанных на опыте медсестер, работающих в сфере паллиативной помощи на дому. Ожидается, что этот документ станет полезным самостоятельным ресурсом для медсестер, оказывающих паллиативную помощь на дому, или для интересующихся данным направлением.

Основные положения паллиативной помощи на дому

Паллиативная помощь

ВОЗ определяет паллиативную помощь как «подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с ограничивающим жизнь заболеванием, посредством предотвращения и облегчения страданий через раннее выявление, безупречную оценку и лечение боли и других проблем: физических, психосоциальных и духовных» [1].

Зачем нужна паллиативная помощь на дому?

Паллиативная помощь на дому является базовой услугой паллиативной помощи. Актуальность оказания паллиативной помощи на дому обусловлена следующими факторами:

1. За пациентами ухаживают в их собственном окружении и в домашней обстановке, и они чувствуют себя намного комфортнее, чем в больнице, которая им чужда и обычно ассоциируется со страхом и тревогой.
2. Когда пациент получает паллиативную помощь на дому, расходы, которые несет он и его семья, намного ниже, чем когда они получают помощь в стационаре.
3. Когда помощь оказывают на дому, удается полностью избежать трудностей, с которыми сталкивается пациент и его семья во время транспортировки в больницу.
4. Посещение лечащим врачом пациента на дому дает возможность получить полное представление о паци-

енте и его семье, что имеет решающее значение для планирования лечения.

5. Когда за пациентом ухаживают дома, наблюдается лишь минимальное вмешательство и нарушение семейной динамики.
6. Существует возможная финансовая выгода для семьи в виде затрат на транспортировку. Если за пациентом ухаживают дома, расходов на помещение в стационар можно избежать.
7. Семья больше участвует в уходе за пациентом, когда уход осуществляется на дому.
8. Посредством организации паллиативной помощи на дому можно эффективно решать задачу вовлечения соседей в участие в уходе за пациентом.
9. Качество процесса умирания и переживания смерти очень часто улучшается, когда пациенту оказывается паллиативная помощь на дому [2].
10. Паллиативная помощь на дому дешевле и инфраструктурно менее затратна, чем если пациент получает помощь, находясь в больнице.
11. Некоторые люди не хотят лечиться в больнице. Для таких людей уход на дому является идеальной моделью доступа к медицинской помощи.

Возможные ограничения ухода на дому

1. Отбор пациентов для ухода на дому очень важен, поскольку не все пациенты и условия могут подходить для ухода на дому.
2. Для обеспечения качественной медицинской помощи на дому требуется поддержка ближайших амбулаторных и стационарных служб.
3. Если за пациентом ухаживают дома, это может стать дополнительным бременем для человека, осуществляющего основной уход, и может привести его к выгоранию.

4. Доступ к услугам по уходу на дому в неурочные часы является ограничением, если нет системы неотложной помощи на дому.
5. Некоторые медицинские процедуры, связанные со значительным риском и постоянным наблюдением, нельзя проводить дома.

Кому предоставляется паллиативная помощь на дому?

Паллиативная помощь на дому может предоставляться пациентам, страдающим:

1. Затяжными заболеваниями как у взрослых, так и у детей.
2. Смертельными болезнями.
3. Болезнями и недомоганиями, связанными с пожилым возрастом [3].
4. Пациентам с ограниченными возможностями, которые не могут получить доступ к традиционной медицинской помощи.
5. Смертельно больным пациентам, прикованным к постели, которых нельзя доставить в больницу.
6. При психических расстройствах при наличии обученного персонала.
7. Детям с нарушениями развития, если команда может получить помощь от квалифицированных специалистов.

Ниже приведены примеры заболеваний, требующих паллиативной помощи на дому. Болезнь Альцгеймера и другие деменции, рак, сердечно-сосудистые заболевания (за исключением внезапной смерти), цирроз печени, хронические обструктивные заболевания легких, диабет, ВИЧ/СПИД, хронические заболевания почек, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, лекарственно-устойчивый туберкулез (ТБ), пожилой возраст, травмы спинного мозга, умственная отсталость, врожденные аномалии [1] и пациенты, подвижность которых ограничена по разным причинам [4].

Кто входит в команду по уходу на дому?

Члены команды по уходу на дому могут варьироваться от места к месту в зависимости от наличия и потребности в профессиональных специалистах по уходу и в специалистах по уходу из местного сообщества. Команда по уходу на дому может быть комбинацией любых из перечисленных далее специалистов. Врачи, штатные медсестры, сиделки, ассистенты паллиативной помощи, физиотерапевт, психолог, социальный работник, общественный волонтер, капеллан или духовный целитель и стажеры. Паллиативная помощь на дому в основном предоставляется медсестрами (NHC — Nurses Home care), но в зависимости от наличия и потребности к оказанию паллиативной помощи на дому также привлекаются другие специалисты по уходу и непрофессиональные помощники.

Например:

1. Уход на дому под руководством врача (DHC).
2. Уход на дому под руководством физиотерапевта (PHC).
3. Уход на дому под руководством волонтеров (VHC).
4. Уход на дому под руководством медсестры (NHC).
5. Уход на дому под руководством мультифункционального медицинского работника (MPHW).
6. Уход на дому под руководством медицинского работника участковой службы.

Кто может запрашивать уход на дому?

Запрос на уход на дому может быть принят от следующих лиц:

1. Пациент.
2. Члены семьи, ухаживающие за пациентом.
3. Сосед или друг.
4. Представители местного сообщества, ухаживающие за пациентом.
5. Персонал участковой службы.

6. Больницы.
7. Медицинские работники.
8. Другие службы паллиативной помощи.
9. Государственные и некоммерческие организации.

Когда уход на дому запрашивает человек, не являющийся членом семьи, команда по уходу на дому должна позвонить пациенту или его семье, чтобы получить их согласие.

Волонтеры по уходу на дому из местного сообщества

Помимо профессиональной команды паллиативной помощи, есть много людей, искренне заинтересованных в благополучии пациентов и сообщества, в котором они живут. Эти люди при соответствующем руководстве и обучении могут входить в команду по уходу на дому в качестве волонтеров, выполняющих различные функции. Следует поощрять участие волонтеров, поскольку эти люди в местном сообществе имеют более тесную связь с пациентом и его семьей. Их роль в команде по уходу на дому может варьировать от предоставления простой социальной поддержки (доставка продуктовых наборов и поддержка транспортом) до непосредственного ухода за пациентами (базовая оценка симптомов, эмоциональная поддержка и базовый уход за больными). В модели паллиативной помощи на базе сообщества волонтеры из сообщества сами проводят оценку потребностей, планируют свои услуги и реализуют их, мобилизуют необходимые для этого ресурсы, управляют повседневными услугами и, наконец, оценивают свое участие.

Почему нам необходимы волонтеры из местного сообщества для ухода на дому?

1. Пациенты с тяжелыми формами заболеваний нуждаются в постоянном уходе и внимании на всю оставшуюся жизнь. В большинстве случаев медицин-

- ские работники не в состоянии обеспечить постоянный уход и внимание, в которых нуждаются пациенты.
2. Проблемы, с которыми сталкиваются эти пациенты, не только физические, их страдания имеют психосоциальные и духовные составляющие. Им требуется всесторонний уход, который не может быть полным, если предоставляется только фармакотерапия или сестринский уход.
 3. Помощь этим пациентам должна быть легкодоступной и оказываться как можно ближе к дому.
 4. Чаще всего проблемы, с которыми сталкиваются пациенты, страдающие заболеваниями, требующими оказания паллиативной помощи, не связаны с медициной, поэтому волонтеры из местных сообществ могут сыграть решающую роль в решении этих проблем, включая реабилитацию.

Требования к обучению и задачи для волонтеров из местного сообщества, предложенные ВОЗ [5]:

Адаптировано из издания ВОЗ «Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: Руководство для руководителя программы».

Тип волонтера	Задачи	Предлагаемое минимальное обучение
Ранее не обучавшийся волонтер	Оказывать поддержку службе паллиативной помощи (например, транспорт, сбор средств, питание для пациентов)	Курс активации (2 часа) Темы: Основы паллиативной помощи. Уход на дому. Коммуникация
Обученный волонтер	Участие в уходе за пациентами на дому, предоставление: <ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональной поддержки • Доврачебной помощи и ухода • Помощи с мобильностью • Доведение информации о неконтролируемых симптомах до специалистов 	Базовый курс паллиативной помощи для волонтеров (16 часов + 4 дня посещения на дому). Темы: Коммуникативные навыки. Эмоциональная поддержка. Оценка пациентов. Базовый медсестринский уход. Уход на дому. Основы симптоматического лечения. Отчетность на профессиональном уровне

Ключевые компетенции волонтера из местного сообщества, участвующего в непосредственном уходе за пациентами в составе команды паллиативной помощи

Волонтер должен знать, как:

1. Выявлять пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи.
2. Оценивать и документировать социальные, психологические и эмоциональные потребности пациента и его семьи.
3. Организовывать социальную поддержку пациенту и его семье.
4. Эмоционально поддерживать пациента и его семью.
5. Работать с:
 - печалью;
 - гневом;
 - беспокойством.
6. Направлять эмоционально неуравновешенного пациента к профессиональному психологу.
7. Обсуждать с пациентом духовные проблемы.
8. Решать основные психосоциальные и духовные проблемы умирающего пациента.
9. Предлагать поддержку при тяжелой утрате после смерти пациента.

Роль местных волонтеров в ежедневных посещениях по уходу на дому:

- Организация и администрирование услуг паллиативной помощи.
- В качестве члена группы по уходу на дому участие в создании приоритетного списка пациентов, которых будет посещать группа по уходу на дому.
- Координация действий с членами профессиональной команды и семьей пациента, чтобы гарантировать, что услуги предоставляются без каких-либо препятствий.

- Общение с пациентом и его семьей и оказание им эмоциональной и духовной поддержки.
- Помощь медсестре по уходу на дому в выполнении процедур.
- Выполнение базового ухода, такого как уход за полостью рта, уход за спиной, гигиенический уход за телом для лежачих пациентов, обеспечение подвижности, профилактика пролежней и уход за ранами.
- Предоставление услуг по уходу на дому под руководством добровольцев и проведение оценки состояния пациента, вышеупомянутый базовый уход, эмоциональная поддержка, духовная поддержка и сообщение о тревожных и нерешенных проблемах команде специалистов.
- Давать пациенту на дому пероральные лекарства, прописанные врачом.
- Создание и обеспечение социальной поддержки пациента.
- Повышение осведомленности и распространение идеи паллиативной помощи в обществе.
- Борьба с социальными предрассудками, связанными с раком, СПИДом и т. д.
- Поддержка и защита пациентов и их семей.

Чего добровольцу сообщества не следует делать?

Добровольцы из сообщества не должны:

1. Вводить пациентам парентеральные препараты.
2. Выполнять любые инвазивные процедуры, такие как установка постоянных катетеров, введение назогастрального зонда и т. д.
3. Предлагать, настаивать, отклонять любые варианты лечения, которые противоречат тому, что запланировано клинической бригадой.
4. Назначать или изменять любые медицинские или сестринские процедуры и рецепты.

5. Нарушать конфиденциальность.
6. Навязывать пациенту и его семье свои политические и религиозные убеждения.

Как подготовиться к визитам на дому?

Существует три типа визитов на дом команды по уходу на дому. Подготовка к визиту индивидуальна для каждого типа.

1. Первый визит к вновь зарегистрированному пациенту.
2. Повторный визит к уже зарегистрированному пациенту, включая посещение людей, понесших тяжелую утрату.
3. Экстренный визит к пациенту, состоящему на учете в службе.

Общие рекомендации, которым необходимо следовать во время визитов на дом:

- Всегда запрашивайте согласие пациента и его семьи перед визитом на дом.
- Познакомьте всех членов бригады по уходу на дому с пациентом и членами его семьи.
- Члены команды по уходу на дому должны одеваться в соответствии с местными культурными особенностями.
- Получите согласие пациента и/ или его семьи перед выполнением каких-либо вмешательств во время визитов на дом. Это включает объяснение преимуществ процедуры и рисков, связанных с процедурой, и предоставление пациенту и его семье времени для принятия осознанного решения.
- Фотографировать и снимать видео следует только после получения разрешения от пациента и/или его семьи.
- Следует избегать разговоров между членами команды, не касающихся семьи и ее запросов.

- Убедитесь, что автомобиль, используемый для выездов, заперт, а лекарства во время визита на дом находятся в безопасности.

По завершении дневных посещений лекарства и другое оборудование следует вернуть в место, отведенное для них в офисе паллиативной помощи. Их не следует хранить в автомобиле для выездов на дом.

Первичный визит к новому пациенту

- Подтвердите регистрацию по телефону.
- Свяжитесь с пациентом или его семьей и проверьте следующее:
 - личность пациента;
 - дома ли пациент;
 - адрес дома.
- Убедитесь, что в комплекте для домашнего ухода есть все необходимые лекарства и материалы (см. Приложение 1).
- Обсудите и спланируйте маршрут с командой.
- Во время посещения:
 - 1) члены команды должны представиться;
 - 2) проведите первичную оценку пациента (см. Форму оценки);
 - 3) обсудите результаты оценки с врачом команды, или по телефону, если врача в команде нет;
 - 4) подготовьте план оказания помощи с указанием ролей и обязанностей;
 - 5) обсудите с пациентом и его семьей план оказания помощи;
 - 6) реализуйте план оказания помощи, оцените изменения, которые нужно внести в план, обсудите их с межпрофессиональной командой и пред-

ложите альтернативу, если это необходимо или целесообразно;

- 7) выдайте необходимые лекарства и объясните пациенту и его семье, как следует вводить каждое лекарство, когда его следует вводить, почему его следует принимать, каковы возможные побочные эффекты;
- 8) четко напишите на упаковке лекарства дату, количество выданных таблеток или капсул, время приема каждого лекарства и его действие;
- 9) задокументируйте результаты осмотра пациента, выполненные процедуры, планы на будущее и последующие визиты;
- 10) после возвращения с визита обсудите с командой состояние пациента и при необходимости получите документ, подписанный соответствующим специалистом.

Планный визит к пациенту, состоящему на учете

- Свяжитесь с пациентом или его семьей и убедитесь, что пациент доступен.
- С командой обсудите пациента, которого собираетесь посетить.
- Убедитесь, что в комплекте для домашнего ухода есть все необходимые лекарства и материалы (см. Приложение 1).
- Обсудите и спланируйте маршрут с командой.
- Во время посещения:
 - 1) члены команды должны представиться;
 - 2) последующее обследование пациента (см. Форму оценки);
 - 3) обсудите результаты оценки с врачом команды, или по телефону, если врача в команде нет;
 - 4) подготовьте план оказания помощи с указанием ролей и обязанностей;

- 5) обсудите с пациентом и его семьей план оказания помощи;
- 6) реализуйте план оказания помощи, оцените изменения, которые нужно внести в план, обсудите их с межпрофессиональной командой и предложите альтернативу, если это необходимо или целесообразно;
- 7) выдайте необходимые лекарства и объясните пациенту и его семье, как следует вводить каждое лекарство, когда его следует вводить, почему его следует принимать, каковы возможные побочные эффекты;
- 8) четко напишите на упаковке лекарства дату, количество выданных таблеток или капсул, время приема каждого лекарства и его действие;
- 9) задокументируйте результаты осмотра пациента, выполненные процедуры, планы на будущее и последующие посещения;
- 10) после возвращения с визита обсудите с командой состояние пациента и при необходимости получите документ, подписанный соответствующим специалистом.

Посещение людей, понесших тяжелую утрату

Паллиативная помощь не заканчивается смертью пациента. Она оказывается семье умершего пациента даже после его смерти. Это называется уход в связи с тяжелой утратой.

Что такое посещение для оказания помощи людям, понесшим тяжелую утрату?

Такое посещение проводится командой по уходу на дому после смерти пациента, который находился под их опекой, чтобы предложить поддержку скорбящей семье.

Кто может провести посещение в связи с тяжелой утратой?

В базовой модели паллиативной помощи на дому в странах с низким и средним уровнем доходов посещение для оказания помощи при тяжелой утрате осуществляется обычной командой по уходу на дому. Все члены данной команды, а именно врачи, медсестры, психологи и волонтеры из местного сообщества, могут принять участие в таком визите. При наличии ресурсов может быть сформирована особая группа поддержки в случае тяжелой утраты.

Когда нужно посещать людей, понесших тяжелую утрату?

Время посещения для ухода за близкими, понесшими тяжелую утрату, должно быть определено семьей ушедшего. Результаты исследований показывают, что они предпочитают встречаться скорее раньше, чем позже [6].

Горевание после смерти

Горевание после смерти любимого человека повсюду переживается одинаково, и это нормальная эмоциональная реакция. Крайне важно не медикализировать горевание после смерти и не относиться к нему как к психическому расстройству. Около 85% [6] людей оправляются от горя, реорганизуют свою жизнь и идут дальше. У небольшой части людей (примерно от 10 до 15%) горе может быть продолжительным и может быть связано с психическими проблемами, такими как тревога, депрессия и суицидальные мысли, или с физическими проблемами, такими как бессонница, проблемы с сердцем, гипертония, злоупотребление психоактивными веществами и ухудшение состояния здоровья по основному заболеванию [6]. Продолжительное или осложненное горе также может нарушить способность человека работать, социально взаимодействовать и привести к социальной изоляции. Посещения в связи с тяжелой утратой будут играть решающую роль в проверке и выявлении таких уязвимых лиц, а также в предоставлении целенаправленного ухода и поддержки.

Факторы риска осложненного горя [6]:

Фоновые факторы:

- близкие отношения с умершим человеком (например, с ребенком или с супругом);
- женщины (особенно матери);
- высокая зависимость от супруга до его потери;
- религия и духовные убеждения и обычаи.

Факторы, связанные с лечением:

- агрессивные вмешательства;
- неопределенность в отношении лечения;
- семейный конфликт по поводу лечения;
- экономические трудности, вызванные расходами на лечение;
- время для человека, осуществляющего основной уход.

Факторы, связанные со смертью:

- множественные утраты за короткий период;
- неготовность принять неминуемую смерть;
- насильственная смерть (самоубийство, убийство или несчастный случай);
- неудовлетворенность тем, как семье сообщили о смерти.

Отдельные лица или семьи с вышеупомянутыми факторами риска — это те, кому была бы полезна целенаправленная поддержка по уходу за близкими, понесшими тяжелую утрату. Отдельные сильные люди способны реорганизовать свою жизнь и двигаться дальше, опираясь на себя. Следовательно, им не потребуются такое пристальное внимание и забота, как другим, уязвимым людям.

Признаки и симптомы осложненного горя:

- Постоянная озабоченность покойным выражается в речи и поведении.
- Выражение безнадежности относительно жизни.

- Постоянная грусть.
- Невозможность возобновить повседневную деятельность.
- Недостаток сна.
- Раздражительность и гнев.
- Ухудшение основной физической и психологической проблемы.
- Плохая забота и плохой уход за собой.
- Отстраненность или самоизоляция.
- Привязанность к предметам умершего.
- Невозможность сконцентрироваться.
- Низкая эффективность на работе или плохая успеваемость в школе.
- Суицидальные мысли.

Что делать во время посещения человека в состоянии скорби? Общие правила и принципы

- Слушание — бесценный актив во время визитов в связи с утратой. Команда по уходу на дому должна активно слушать человека, осуществлявшего основной уход, и членов его семьи, так как в большинстве ситуаций семья покойного любит говорить о своем умершем близком человеке.
- Во время посещения могут наступать длительные периоды молчания. Команда по уходу на дому не должна испытывать смущение или необходимость поддерживать разговор во время этих пауз.
- Дайте семье время и место, чтобы выразить свои эмоции в связи с переживаемым горем. Не следует сдерживать рвущиеся наружу эмоции.
- Проверьте, есть ли такие проблемы, как бессонница, обострение основного физического и психологического состояния, а затем возвращайтесь к работе. Мониторинг возможного наличия этих проблем может позволить команде выявить людей, испытывающих сложное горе.

- Если страдания скорбящего человека не утихают, обратитесь за профессиональной помощью.
- Если это необходимо, планируйте последующие посещения.

Вопросы, которые помогают во время визитов к людям, понесшим тяжелую утрату:

- Как у вас дела?
- Как поживают все в семье?
- Говорите ли вы или ваша семья об ушедшем любимом человеке? Если вы не возражаете, не хотели бы вы поделиться?
- Вам удалось возобновить свою обычную работу?
- Как вы спите? У кого-нибудь в семье есть проблемы со сном?
- Ситуация сложная. Хотите об этом поговорить?

Экстренный визит к пациенту, состоящему на учете

Пациенты, имеющие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной помощи, могут столкнуться с проблемами, которые необходимо решать экстренно. Эти проблемы варьируют от ухудшения физических симптомов и острого психологического дистресса до проблем, связанных с периодом конца жизни. Они могут возникнуть в любое время суток. Когда для решения этих проблем проводится незапланированное посещение, это называется экстренным визитом для оказания помощи на дому.

- Экстренная помощь на дому проводится только для пациентов, состоящих на учете. **Экстренные визиты для оказания помощи на дому пациентам, не состоящим на учете, не проводятся.** Это связано с тем, что команда по уходу на дому не знает предыстории состояния пациента и его семьи, его или их потребностей и ожиданий. В такой ситуации есть вероятность

недоразумений, недопонимания и судебно-медицинских проблем.

- При получении вызовов службы экстренной помощи медсестра должна уточнить характер чрезвычайной ситуации и состояние пациента.
- Экстренные визиты производятся на основе приоритета (характер чрезвычайной ситуации и географическая доступность).
- Во время посещения:
 - 1) членам команды необходимо представиться;
 - 2) осмотр пациента;
 - 3) обсудите результаты оценки с врачом команды, или по телефону, если врача в команде нет;
 - 4) подготовьте план осуществления помощи с указанием ролей и обязанностей;
 - 5) обсудите с пациентом и его семьей план оказания помощи;
 - 6) выполните план осуществления помощи;
 - 7) если пациента необходимо перевести в стационар, задокументируйте результаты и внесенные изменения в записи пациентов и договоритесь о переводе пациента;
 - 8) если пациенту не требуется перевод в стационар, выпишите необходимые лекарства/ проведите необходимые изменения и объясните пациенту и его семье, как следует давать каждое лекарство, когда и почему;
 - 9) четко напишите на упаковке лекарства количество выданных таблеток или капсул, время приема каждого лекарства и его действие;
 - 10) задокументируйте выводы по состоянию пациента, о выполненных процедурах, планы на будущее и последующие посещения;
 - 11) после возвращения с визита обсудите с командой состояние пациентов и получите соответствующий документ, подписанный специалистом, если это необходимо.

- Сообщите команде по уходу на дому соответствующего района об экстренной ситуации и составьте план действий.

Выявление пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи (инструмент для скрининга)

Существует невалидизированный инструмент скрининга для выявления больных, нуждающихся в паллиативной помощи в определенном сообществе. Инструмент был разработан на основании показателей состояния пациентов, состоящих на учете в службе паллиативной помощи в Керале. Данный инструмент не привязан к каким-то определенным заболеваниям, его могут использовать врачи, медсестры и волонтеры. Инструмент можно использовать при опросе непосредственно пациента, а также его доверенного лица, знающего о состоянии пациента за последние три месяца. Оценка варьирует от 0 до 24 баллов. Инструмент содержит 8 компонентов. Общий балл — это сумма баллов по всем 8 компонентам. Любой пациент с оценкой выше 10 баллов должен пройти клиническое обследование для решения вопроса о наличии показаний для оказания паллиативной помощи. В настоящее время инструмент используют бригады паллиативной помощи в Бангладеш и Керале.

Компоненты, включенные в инструмент:

1. Уровень мобильности.
2. Уровень активности.
3. Способность к самообслуживанию.
4. Еда и питье.
5. Сознание.
6. Боль.
7. Другие симптомы.
8. Тревожность / Депрессия / Беспокойство.

Мобильность

Вопрос 1

Как бы вы описали уровень мобильности пациента в течение последних трех месяцев?

0. Без ограничений в соответствии с данным возрастом.
1. Сниженный.
2. Обычно сидит или лежит.
3. В основном лежит в постели.
4. Полностью прикован к постели.

Уровень активности

Вопрос 2

Как бы вы описали уровень активности пациента в течение последних трех месяцев?

0. Без ограничений в соответствии с данным возрастом.
1. Без ограничений, но требующий усилий.
2. Способен выполнять только легкую работу или простые дела по дому.
3. Не способен выполнять какую-либо работу.

Забота о себе

Вопрос 3

Как бы вы охарактеризовали способность пациента заботиться о себе в течение последних трех месяцев?

0. Может полностью позаботиться о себе в соответствии с возрастом.
1. Время от времени требуется помощь.
2. Большую часть времени требуется помощь.
3. Необходим постоянный уход.

Питание и питье

Вопрос 4

Как пациент ест и пьет в течение последних трех месяцев?

- 0. Так же, как человек его возраста.
- 1. Снижение потребления еды или ест очень мало.
- 2. Выпивает несколько глотков жидкости или меньше через рот или пьет через назогастральный зонд.

Уровень сознания

Вопрос 5

Каков уровень сознания пациента в течение последних трех месяцев?

- 0. Сознание ясное, как у человека его возраста.
- 1. Спутанное сознание.
- 2. Полусонное состояние.
- 3. Коматозное состояние.

Боль

Вопрос 6

Испытывал ли пациент боль в течение последних трех месяцев?

- 0. Боли нет.
- 1. Слабая боль.
- 2. Умеренная боль.
- 3. Сильная боль.

Другие симптомы

Вопрос 7

Были ли у пациента другие симптомы, помимо боли, в течение последних трех месяцев жизни?

0. Нет.
1. Незначительные.
2. Умеренные.
3. Сильные.

Эмоциональный статус

Вопрос 8

Чувствует ли пациент тревогу, депрессию или беспокойство в течение последних трех месяцев жизни?

0. Нет.
1. Иногда.
2. В большинстве случаев.
3. Непрерывающиеся озабоченность и тревога.

Какие пациенты находятся в приоритете для регулярных посещений на дому?

- Доступность помощи: приоритет по уходу на дому отдается пациентам с ограниченными возможностями к получению помощи. Ограничения могут быть связаны с физическими проблемами, финансовыми сложностями и географической отдаленностью.
- Нерешенные проблемы: пациентам с плохим контролем симптомов и с симптомами в конце жизни требуются частые посещения на дому.
- Пациенты, которым требуются медицинские манипуляции (например, замена мочевого катетера).

Когда переводить пациента с домашнего ухода на стационарное лечение?

Перевод пациента в стационар должен производиться после консультации с командой по уходу. Ниже приведены некоторые общие условия, при которых пациенты переводятся из дома в стационар.

- Плохо контролируемые физические симптомы (боль, одышка и т. д.).
- Не поддающиеся урегулированию эмоциональные проблемы.
- Пациенты, которым требуется регулярное парентеральное введение препаратов.
- Обучение пациентов и членов их семей:
 - лечение ран и обучение пациентов и членов их семей;
 - использование колостомы и обучение пациентов и членов их семей;
 - лечение лимфедемы и обучение пациентов и членов их семей.
- Определенные медицинские процедуры при необходимости.
- Помощь в период умирания (по желанию пациента или семьи).
- Для временного ухода (социальная передышка ухаживающих лиц).
- Отказ от ухода/ плохой уход (в соответствии с местной политикой и политикой учреждения).

(Временный уход — это процесс предоставления организованного временного отдыха для лиц, осуществляющих уход за пациентами с хроническими заболеваниями или инвалидностью (социальная передышка ухаживающих лиц). Временный уход вне дома может быть предоставлен в стационарном отделении паллиативной помощи или в условиях больницы.

Данная услуга дает возможность отдохнуть людям, осуществляющим длительное время уход за пациентами с хроническими заболеваниями. Кроме того, временное пребывание в стационаре идет на пользу пациенту тоже. Когда пациента, страдающего хроническим заболеванием, переводят в лечебное учреждение, человек, осуществляющий основной уход, получает передышку от регулярных семейных забот. Член семьи, осуществляющий уход, может отдохнуть, заняться своими интересами и хобби в этот период. Это время дает ему возможность восстановить силы, разнообразить свою жизнь, что, в свою очередь, помогает лучше заботиться о пациентах.)

Медсестринская оценка при уходе на дому

**Форма оценки ухода на дому, используемая
в Институте паллиативной медицины**

(Оценка при первичном посещении)

Дата посещения :

Члены команды :

Номер карты пациента
в паллиативной клинике :

Имя пациента :

Возраст :

Пол :

Диагноз :

Каково состояние пациента на момент посещения?

В сознании / Полубессознательное состояние / Без сознания /
Ориентируется / дезориентирован / Спокойный / Возбужден-
ный / Беспокойный

**Как пациент справляется с ежедневными делами
в повседневной жизни?**

Самостоятельно / С поддержкой / Полностью прикован
к постели

Сколько поддержки ему нужно?

Для передвижения после операции, для принятия ванны, для
использования туалета, для ухода за телом и для принятия
пищи.

История боли

Начало	Когда началась боль?	
Провоцирующие/ паллиативные факторы	<ul style="list-style-type: none">• Что усиливает боль?• Что облегчает боль?	
Характер	На что похожа боль? <ul style="list-style-type: none">• Тупая ноющая боль• Острая боль• Жгучая боль• Колющая боль и т. д.	
Локализация	Боль во всем теле?	
Тяжесть боли	Насколько боль сильная? <ul style="list-style-type: none">• Слабая• Умеренная• Сильная ИЛИ примените цифровую шкалу оценки боли (см. рис. 1)	
Временные факторы	Боль приходит и уходит? Боль становится сильнее в какое-то конкретное время дня или ночи?	

Схема локализации боли в теле

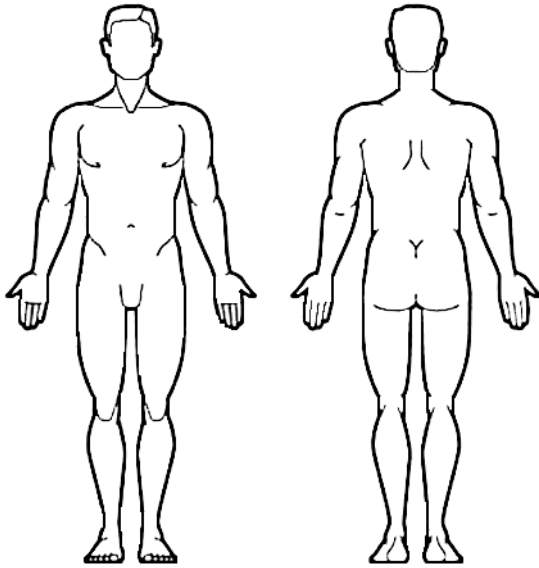


Рис. 2. Схема тела

Источник. Bronchiectasis.com.au

ЗадOCUMENTИРУЙТЕ следующие аспекты ухода за пациентом

Гигиена окружающей среды	
Гигиена полости рта	
Гигиена кожи	
Ногти	
Волосы	
Гигиена промежности	

Опишите следующие проблемы в уходе за пациентом

Трубки для кормления	
Слабость / Паралич / Физиотерапия	
Стомы	
Лимфедема	
Мочевой катетер	
Язвы	
Пролежни <i>(Пожалуйста, заполните схему пролежней на теле)</i>	
Другие симптомы	
Другие симптомы	

Схема пролежней на теле (пометьте области с изменениями на коже, возникшими, возможно, в результате пролежней)

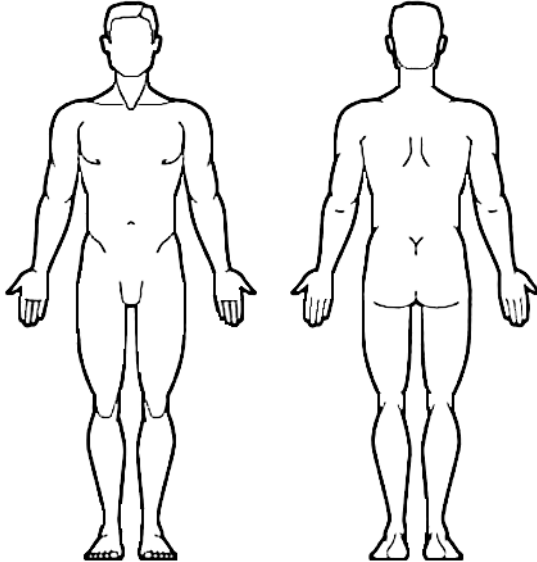


Рис. 3. Схема тела

Источник. Bronchiectasis.com.au

Получал ли пациент какое-либо лечение после последнего посещения врача? Если да, запишите подробности имеющихся проблем и проводимого лечения.

Подробная информация об услугах, процедурах и инструкциях, предоставленных во время визита.

Индивидуальный план помощи на будущее и рекомендации.

Запишите, какую реабилитационную, социальную и другую поддержку получает пациент.

Таблица проведенных обследований

№	Название проведенного обследования	Дата проведения обследования	Результат обследования

Форма оценки ухода на дому, используемая в Институте паллиативной медицины

(Оценка при последующих посещениях)

Дата посещения :
Члены команды :
Номер карты пациента
в паллиативной клинике :
Имя пациента :
Возраст :
Пол :
Диагноз :

Каково состояние пациента на момент посещения?

В сознании / Полубессознательное состояние / Без сознания / Ориентируется / дезориентирован / Спокойный / Возбужденный / Беспокойный

**Как пациент справляется с ежедневными делами
в повседневной жизни?**

Самостоятельно / С поддержкой / Полностью прикован к постели

Сколько поддержки ему нужно?

Для передвижения после операции, для принятия ванны, использования туалета, ухода за телом и принятия пищи.

**Есть ли проблема в следующих основных
физиологических функциях? Будьте конкретны
в обсуждении проблем.**

Прием пищи	
Сон	
Функция кишечника	
Функция мочевого пузыря	

Запишите проблемы пациента

Физические

Психологические

Духовные

Семейные / социальные проблемы

Задокументируйте следующие аспекты ухода за пациентом

Гигиена окружающей среды	
Гигиена полости рта	
Гигиена кожи	
Ногти	
Волосы	
Гигиена промежности	

Опишите следующие проблемы в уходе за пациентом

Трубки для кормления	
Слабость / Паралич / Физиотерапия	
Стомы	
Лимфедема	
Мочевой катетер	
Язвы	
Пролежни	
Другие симптомы	
Другие симптомы	

Получал ли пациент какое-либо лечение после последнего посещения врача? Если да, запишите подробности проблем и лечения.

**Подробная информация об услугах, процедурах
и инструкциях, предоставленных во время визита.**

**Индивидуальный план помощи на будущее
и предложения.**

**Запишите, какую реабилитационную, социальную
и другую поддержку получал пациент.**

Обследование «с головы до ног»

В идеале медсестра по уходу на дому проводит всестороннюю оценку пациента при первичном посещении, чтобы получить полное представление о пациенте и его потребностях. Затем по мере необходимости периодически проводится всесторонняя оценка для отслеживания динамики и обновления записей.

Общие рекомендации перед оценкой:

- Очень важно мыть руки до и после обследования.
- Представьтесь пациенту.
- Обеспечьте приватность и достоинство.
- Объясните пациенту, что вы собираетесь делать.
- Постоянно общайтесь с пациентом во время обследования.
- Обращайте внимание на вербальные и невербальные сигналы во время оценки.
- Держите все необходимое оборудование рядом с собой.
- Выполняйте целенаправленную оценку, когда это необходимо.

Необходимые инструменты:

1. Цифровой термометр.
2. Сфигмоманометр.
3. Стетоскоп.
4. Ватные палочки (спиртовые и простые).
5. Фонарик.
6. Почкообразный лоток.
7. Взвешивающее устройство.
8. Измерительная лента.
9. Одноразовые перчатки.
10. Неврологический молоток.
11. Дезинфицирующее средство для рук/ мыло.

Общее состояние пациента	
Телосложение	Худое, истощенное, тучное или нормальное
Ухоженность	Плохо ухожен, хорошо ухожен
Гигиеническое состояние	Недостаточное, приемлемое или хорошее
Настроение	Грустный, тревожный, сердитый, счастливый, спокойный
Рост (если возможно)	
Вес	
Голова	
Волосы и кожа головы	Вши / гниды, перхоть, алопеция, обесцвечивание, сухость и язвы кожи головы
Лицо	Симметрия и бледность
Глаза	Выделения, покраснение, опущение век, размер и симметрия зрачковой реакции
Нос	Искривление носовой перегородки и выделения
Уши	Слух (использование вспомогательных средств), выделения
Рот	Сухость, язвы, лейкоплакия и неприятный запах изо рта
Зубы и десны	Зубной налет, кариес, зубные протезы и кровоточивость десен
Язык	Бледность, покраснение, язвы, кандидоз, изменение вкуса, ухудшение вкуса и отсутствие вкуса
Губы	Сухость, трещины, цианоз и язвы
Шея	
Движение	Свободное, ограниченное, скованное, есть слабость и боль
Увеличение лимфатических узлов	Передние и задние шейные узлы, подчелюстные узлы и надключичные узлы
Щитовидная железа	Отеки, шишки, узлы и боль
Глотание	Затруднение при глотании, болезненное глотание
Яремная вена	Растяжение под углом 45°
Трахея	Сдвиг или отклонение

Грудь	
Осмотр	Симметричное расширение, ретракция, смещение средостения и использование вспомогательных мышц
Перкуссия	Резонанс, гиперрезонанс и глухой звук
Аускультация	Равный приток воздуха — это нормально. Аномальные звуки дыхания Снижение звуков дыхания, свист, крепитации, хрипы и тоны сердца S ₁ , S ₂ и шум
Брюшная полость	
Осмотр	Тип живота: круглый, плоский, ладьевидный и вздутие живота Симметрия и видимая перистальтика
Пальпация	Мягкость, болезненность при отскоке и прощупываемая масса
Перкуссия	Глухой звук над правым подреберьем (печень) — нормальное явление Глухой звук и переменный глухой звук (асцит)
Аскультация	Нормальные, гипоактивные / гиперактивные звуки кишечника
Гениталии	
Осмотр	Гигиена промежности, паховая припухлость, сыпь и перианальные экскориации У мужчин: Язвы, раздражение кожи и отек мошонки У женщин: Выделения, кровотечение, набухание губ и выпадение матки, мочевого пузыря
Пальпация	Паховая припухлость, масса и болезненность
Зловоние	Выделения с неприятным запахом
Спина	Осмотр точек давления Область боли и болезненности Искривление позвоночника
Кожа	
Осмотр	Точки давления с головы до ног Высыпания, синяки, поражения и отеки
Пальпация	Температура, влажность и тургор кожи
Ногти	Постоянство цвета и наполнение капилляров

Конечности	
Осмотр	Деформация, синяки, высыпания, отеки и контрактуры Диапазон движений
Пальпация	Периферийные импульсы и наполнение капилляров
Сила	Сила и мощность захвата
Рефлексы	Надколенный, бицепс, трицепс и подошвенный рефлекс
Мобильность	Нагрузка (полная / частичная), баланс и походка
Стомы, трубки и внутривенные катетеры	Гастростомия, Еюностомия, Илеостомия, Колостомия, Уростомия, Трахеостомия, Назогастральный зонд, Мочевой катетер, Внутривенный катетер Внешний вид стомы и перистомальной кожи, признаки воспаления Цвет, консистенция и объем выходящего из стомы Функционирование катетера, цвет и объем выходящей жидкости Проходимость и признаки воспаления на месте постановки внутривенного катетера

ОЦЕНКА ЖИЗНЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Температура, пульс, дыхание, артериальное давление

Цель:

1. Оценить общее состояние пациента.
2. Установить базовые значения, которые помогут в дальнейшем сравнении.
3. Раннее обнаружение изменений.

Измерение температуры с помощью цифрового термометра

Определение:

Процесс измерения температуры тела с помощью клинического термометра.

Цель:

1. Определить температуру тела.
2. Оценить выздоровление пациента от лихорадки.

Необходимые предметы:

1. Клинический термометр.
2. Спиртовой тампон.
3. Почкообразный лоток.

Процедура

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Нарушает цепочку перекрёстного инфицирования
2	Держите термометр наготове	Организация процесса помогает хорошо его выполнять
3	Объясните цель и процедуру пациенту	Снижает беспокойство Устанавливает доверие Способствует сотрудничеству
4	Очистите термометр, протерев его ватным тампоном от колбы к стержню	Удаление загрязнений на колбе, которая контактирует с пациентом
5	Помогите пациенту принять положение лежа на спине или сидя	Обеспечивает комфорт пациенту. Легкий доступ к подмышечной впадине
6	Уберите одежду с плеч и рук.	Визуализация места применения термометра
7	Если подмышечная впадина влажная от пота, промокните и вытрите ее полотенцем и подождите 5 минут, прежде чем снимать показания	Влага на месте использования термометра может исказить показания

№	Действие	Объяснение
8	Включите термометр (на что указывает звуковой сигнал). Поместите термометр в подмышечную впадину перпендикулярно груди	Чтобы колба находилась близко к кровеносным сосудам в подмышечной впадине
9	Держите руку согнутой на груди	Чтобы обеспечить удержание термометра на месте Чтобы убедиться, что колба плотно обхвачена, чтобы верно зарегистрировать температуру
10	Держите термометр на месте, пока не услышите непрерывные звуковые сигналы (что означает, что термометр закончил регистрацию температуры)	Для обеспечения точных показаний
11	Выньте термометр и прочтите значение, держите его на уровне глаз	Для обеспечения точных показаний
12	Протрите термометр от стержня до колбы спиртовым тампоном [7, 8]	Для предотвращения распространения инфекции и удаления загрязнения с рук
13	Объясните пациенту результаты	Чтобы держать пациента в курсе Чтобы уменьшить беспокойство
14	Выбросьте ватные палочки в почкообразный лоток или в мусорную корзину	Для предотвращения распространения инфекции
15	Положите термометр на место	Чтобы подготовить пациента к следующей процедуре
16	Задokumentируйте процедуру	Для обеспечения непрерывности ухода
17	Сообщите о температуре выше или ниже нормы врачу. Нормальная температура тела колеблется от 36,1 до 37,2 °C (от 97 до 99 °F). Температура выше 100 °F считается лихорадочной	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение

Измерение температуры с помощью бесконтактного инфракрасного термометра (БИТ)

Бесконтактные инфракрасные термометры могут измерять температуру без какого-либо контакта с человеком. По этой причине они очень полезны там, где существует риск передачи инфекции от одного человека к другому при контакте.

Преимущества БИТ:

- Снижает риск передачи инфекции.
- Простота использования и простота дезинфекции.
- Измерение температуры и повторное измерение могут быть выполнены быстро.

Ограничения БИТ:

- На показания могут влиять такие факторы, как положение, солнечный свет, близость лба к инструменту, окружающая среда и одежда. Но эти ограничения можно свести к минимуму, придерживаясь стандартных методов измерения.

Подготовка прибора к измерению температуры:

- БИТ следует поместить в комнату для снятия показаний примерно за 10–30 минут до его использования.
- Его следует держать вдали от прямых солнечных лучей и источников тепла.
- Температура окружающей среды должна быть от 16 до 40°C.

Подготовка пациента:

- Лоб должен быть сухим и чистым.
- Не закрывайте лоб одеждой.

- Убедитесь, что температура в области измерения не искажается из-за избытка одежды (головной убор, повязка на голову) и использования влажных салфеток.

Использование БИТ для измерения температуры пациента:

- БИТ следует держать перпендикулярно лбу пациента.
- Лоб не должен подвергаться воздействию прямых солнечных лучей.
- Убедитесь, что датчик чистый и сухой.
- Избегайте прикосновения к датчику.
- Расстояние между лбом и датчиком должно соответствовать рекомендациям производителя.
- Если в соответствии с рекомендациями производителя соотношение расстояния и пятна должно составлять 12: 1, то БИТ измеряет температуру пятна диаметром 1 дюйм на поверхности, когда он находится на расстоянии 12 дюймов от поверхности.
- Человек, измеряющий температуру, должен держать локоть прямо на поддерживаемом расстоянии от пациента.
- После измерения температуры зафиксируйте результат.
- Очистка и дезинфекция БИТ должны быть выполнены в соответствии с рекомендациями производителя.

Измерение пульса на лучевой артерии

Определение:

Процесс оценки наличия, частоты и ритма лучевого пульса.

Цель:

1. Чтобы установить базовую частоту сердечных сокращений пациента.
2. Выявить отклонение от нормального темпа и ритма.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Нарушает цепочку перекрестного инфицирования
2	Объясните цель и процедуру пациенту	Снижает беспокойство. Устанавливает доверие. Способствует сотрудничеству
3	Помогите пациенту принять положение лежа на спине или сидя а. Если пациент находится в положении лежа на спине, положите вытянутую руку вдоль тела или согните локоть и положите предплечье на живот б. Если пациент сидит, согните локоть и положите предплечье на живот или на подлокотник стула	Содействовать комфорту пациентов Легкий доступ к запястью
4	Исследование пульса а. Поместите кончики указательного и второго пальца на радиальную артерию и слегка надавите большим пальцем на противоположной стороне (рис. 4) б. Начните считать пульс и считайте в течение одной полной минуты с помощью секундомера или наручных часов с. Оцените частоту, ритм и объем пульса	Кончики пальцев более чувствительны к прикосновению Мягкое давление гарантирует, что пульс можно почувствовать на кончиках пальцев, не перекрывая артерию Если считать одну полную минуту, можно измерить ритм пульса
5	Если пульс не ощущается на одной руке, повторите эту технику с другой стороны	
6	Задokumentируйте частоту, ритм и объем пульса	Для обеспечения непрерывности ухода
7	Вымойте руки	Для предотвращения распространения инфекции
8	Сообщите врачу о показателях выше или ниже нормы. Нормальная частота пульса колеблется от 60 до 100 ударов в минуту	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение



Рис. 4. Процесс пальпации радиального пульса

Подсчет частоты дыхательных движений

Определение:

Процесс подсчета дыхательных движений пациентов для оценки глубины, ритма и характера дыхания.

Цель:

1. Подсчитать количество вдохов в минуту.
2. Оценить глубину, ритм и использование вспомогательных мышц.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Нарушает цепочку перекрёстного инфицирования
2	Объясните процедуру пациенту	Снижает беспокойство Устанавливает доверие Способствует сотрудничеству
3	Подсчет дыхания проводится после измерения пульса или отдельно от него	
4	Помогите пациенту принять положение лежа на спине или сидя а. Если пациент находится в положении лежа на спине, согните ему локоть и положите предплечье на живот б. Если пациент сидит, согните локоть и положите предплечье на живот или на грудь	Содействовать комфорту пациентов. Чтобы визуализировать или почувствовать движение руки вместе с каждым дыхательным движением
5	Подсчет дыхательных движений: а. Наблюдайте за расширением и расслаблением живота пациента (один цикл расширения и расслабления считается одним дыханием). Положив руку медсестры на руку пациента, можно также почувствовать движение живота б. Считайте дыхательные движения в течение одной минуты с. Считая частоту дыхания, оценивайте глубину и ритм дыхания, сокращений и использования вспомогательных мышц	Счет в течение одной минуты помогает изучить ритм дыхания
6	Задokumentируйте глубину, частоту и ритм дыхания	Для обеспечения непрерывности ухода
7	Вымойте руки	Для предотвращения распространения инфекции
8	Сообщите врачу о любых отклонениях от нормы. Нормальная частота дыхания колеблется от 12 до 16 вдохов в минуту	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение

Измерение артериального давления

Определение:

Процесс измерения артериального давления с помощью сфигмоманометра.

Цель:

1. Оценить артериальное давление как жизненно важный показатель.
2. Для диагностики гипертонии и гипотонии.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Нарушает цепочку перекрёстного инфицирования
2	Объясните процедуру пациенту	Снижает беспокойство Устанавливает доверие Способствует сотрудничеству
3	Очистите диафрагму и наушник стетоскопа спиртовым тампоном	Нарушает цепочку перекрёстного инфицирования
4	Перед процедурой пациент должен отдохнуть не менее 5 минут	Активность повышает кровяное давление (даже такое занятие, как ходьба) Кофе и курение могут повысить АД
Подготовка:		
5	Помогите пациенту принять удобное положение	Способствует расслаблению Удаление стягивающей одежды позволяет лучше определять пульс на плече
6	Убедитесь, что в комнате спокойно и тихо	
7	Снимите или ослабьте одежду, которая сковывает	
8	Поместите руку сбоку от пациента	

№	Действие	Объяснение
Проверка АД:		
9	Пальпируйте плечевую артерию.	Слишком тугая или слишком свободная манжета затрудняет считывание АД Более медленный спуск воздуха из манжеты обеспечивает точность Ртутный затвор следует открывать только во время измерения АД, чтобы предотвратить случайное разливание
10	Поместите манжету на 2,5 см выше локтевой складки (манжета не должна быть слишком тугой или слишком свободной, т. е. на ширину одного пальца)	
11	Откройте ртутный затвор	
12	Разместите стетоскоп на месте, где пальпируется плечевой пульс	
13	Надувайте манжету до тех пор, пока плечевой пульс при прослушивании через стетоскоп полностью не пропадает (соответствующий уровень ртути на сфигмоманометре — систолическое АД)	
14	Медленно выпустите воздух из манжеты со скоростью 2 мм рт. ст. (соответствующий уровень ртути на сфигмоманометре — диастолическое АД)	
15	Закройте ртутный затвор	
16	Если необходимо снова измерить АД, подождите 5 минут перед повторной процедурой	Чтобы способствовать расслаблению
17	Если АД не удалось измерить на одной руке, можно попробовать на другой	
18	Очистите диафрагму и наушник стетоскопа спиртовым тампоном	Нарушает цепочку перекрёстного инфицирования
19	Объясните пациенту результаты	Помогает снизить тревожность
20	Задokumentируйте процедуру	Для обеспечения непрерывности ухода
21	Сообщите врачу о любых отклонениях от нормы. Систолическое артериальное давление от 90 до 120 мм рт. ст. и диастолическое артериальное давление от 60 до 80 мм рт. ст. считается нормальным	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение
22	Положите оборудование на место	Организация процесса помогает хорошо его выполнять



Рис. 5. Процесс измерения артериального давления при помощи сфигмоманометра

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ

Как провести оценку пациента с болью?

Определение:

- «Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения» (IASP¹, 2011).
- Более простое определение: «Боль — это то, что, по словам пациента, причиняет боль» [9].

¹ International Association for the Study of Pain (IASP) — Международная ассоциация изучения боли. — Примеч. пер.

Оценка боли [9, 10]:

Место	Где болит?
Частота	Постоянная или прерывающаяся, и если прерывающаяся, тогда <ul style="list-style-type: none"> • Как часто в течение дня? • Как долго длится?
Влияние на активность	Влияет ли она на вашу работу/ активность или на повседневную жизнь? Влияет ли она на сон?
История применения препаратов	Какие препараты вы принимали от боли? Какой была схема приема препаратов? Как часто вы их принимаете? Приносит ли это облегчение? Как долго длится облегчение? Есть ли побочные эффекты?
История боли	
Начало	Когда боль начинается?
Провоцирующие/ Паллиативные факторы	Что усиливает боль? Что ослабляет боль?
Качество	На что это похоже? <ul style="list-style-type: none"> • тупая ноющая боль; • острая боль; • жгучая боль; • стреляющая боль
Распространение	Распространяется ли боль куда-нибудь?
Тяжесть боли	Насколько боль сильная? <ul style="list-style-type: none"> • слабая; • средняя; • сильная
Временные факторы	Она приходит и уходит? Она ухудшается в какое-то конкретное время дня или ночи?

Для оценки интенсивности боли можно использовать следующие шкалы боли:

- Цифровая шкала оценки (для взрослых).
- Шкала оценки боли Вонг — Бейкер ЛИЦА (для детской возрастной группы).
- Категориальная шкала.



Рис. 6. Цифровая шкала оценки боли

Использование цифровой шкалы оценки боли:

1. Ее можно использовать для тех, кто старше 9 лет и может общаться устно или невербально.
2. Объясните человеку, что 0 означает отсутствие боли, а 10 — наихудшую возможную боль, и попросите оценить интенсивность его боли от 0 до 10 в соответствии с интенсивностью боли, которую он испытывает.
3. Задокументируйте оценку с указанием времени и даты.

Шкала оценки боли Вонг-Бейкер ЛИЦА¹ [11]: Шкала оценки боли Вонг — Бейкер ЛИЦА может использоваться у детей старше 3 лет и у взрослых.



© 1983 Фонд ЛИЦА Вонг — Бейкер // www.WongBakerFACES.org
Используется с разрешения. Первоначально опубликовано в Whaley & Wong's Nursing Care of Infants and Children. ©Elsevier Inc.

Рис. 7. Шкала оценки боли Вонг — Бейкер ЛИЦА

¹ Разработана Донной Вонг (Donna Wong) и Конни Бейкер (Connie Baker).

Инструкции по использованию:

Поясните человеку, что каждое лицо символизирует человека, у которого либо нет боли, либо есть небольшая боль, либо очень сильная боль.

Лицо 0 означает, что боли нет совсем. Лицо 2 — болит совсем чуть-чуть. Лицо 4 — боль немного сильнее. Лицо 6 — боль еще сильнее. Лицо 8 — болит очень сильно. Лицо 10 означает, что болит настолько сильно, насколько можно себе представить, хотя это может не означать, что ты кричишь при самой сильной боли.

Попросите человека выбрать лицо, которое лучше всего отражает ту боль, которую он переживает.

Категориальная шкала — это простая шкала самооценки, по которой человек классифицирует интенсивность своей боли как отсутствие боли, как слабую боль, как умеренную боль и как сильную боль в соответствии с интенсивностью, которую он испытывает.

Оценка боли у тех, кто не может общаться

Вышеупомянутые инструменты самооценки нельзя использовать у детей младше 3 лет, у пациентов без сознания и у лиц, страдающих когнитивными нарушениями. В таких случаях для объективной оценки боли используются другие инструменты, такие как NVPS¹ и шкала FLACC².

Оценка боли у взрослых, которые не могут общаться

Взрослые, которые не могут общаться, могут выразить свою боль определенным поведением. Это поведение включает стискивание зубов, гримасы, слезы, ригидность/напряжение конечностей, бережность к области боли и беспокойство [12].

¹ NVPS (Nonverbal Pain Scale) — невербальная шкала оценки боли.

² FLACC — поведенческая шкала оценки боли.

Медсестра, оценивающая боль у пациентов, которые не могут общаться, должна искать эти признаки. Также очень важно обсудить это с членами семьи, осуществляющими уход, поскольку они часто могут различать эти изменения в поведении пациента.

Как провести оценку у пациента с желудочно-кишечными симптомами?

Как провести оценку у пациента с тошнотой и рвотой?

Тошнота — это неприятное ощущение потребности в рвоте, иногда сопровождающееся вегетативными симптомами (пототделение, тахикардия) [9, 10].

Рвота — это сильное изгнание желудочного содержимого через рот [9, 10]

Оценка [9, 10, 13, 14]:

Начало	Когда началась рвота? Связано ли это с приемом пищи? Каков временной интервал между приемом пищи и рвотой?
Количество	Количество эпизодов рвоты Какое количество рвотных масс? (Всего/ каждый эпизод)
Цвет	Какого цвета рвотные массы? Есть ли пятна крови в рвотных массах?
Запах	Есть ли неприятный запах от рвоты?
Частота	Сколько раз в день у вас рвота?
Предрасполагающие факторы	Запах, еда и другие действия

Сопутствующие симптомы	Головная боль Боль в животе Лихорадка Изжога Вздутие живота Икота Запор Жидкий стул Признаки обезвоживания
Сознание	В сознании/ Полубессознательное состояние/ Без сознания Ориентируется/ Дезориентирован/ Спокойный/ Возбужденный/ Беспокойный
Вестибулярные расстройства	У вас кружится голова?
Лекарственные препараты	Какие лекарства вы принимаете в настоящее время? Недавняя химиотерапия или лучевая терапия
Если на назогастральном зонде	Объем питания Частота питания Тип питания
Обследование	a. Цифровое ректальное исследование при запоре b. Запись артериального давления и частоты пульса

Перед назначением противорвотных средств очень важно установить причину рвоты [14]. Без установления причины рвоты назначать стандартное противорвотное средство нерационально, так как это может причинить пациенту страдания. Например, пациенту с рвотой из-за полной кишечной непроходимости не следует назначать прокинетики, такие как метоклопрамид, которые усугубят симптомы пациента.

Как провести оценку пациента с запором?

Запор характеризуется затрудненным, болезненным и нечастым отхождением твердого стула [10]. Это также может быть отклонение от повседневного / обычного режима.

Оценка [9, 10, 15]:

Режим работы кишечника	Насколько регулярен ваш стул? (До начала болезни и сейчас)
Режим питания	Количество воды, потребляемой в день (в стаканах) Включение продуктов, богатых клетчаткой, таких как зеленые листовые овощи
Консистенция	Твердый или мягкий стул
Продолжительность	Как долго у вас продолжают проблемы с дефекацией? Когда вы в последний раз испражнялись нормально?
Сопутствующие симптомы	Рвота Боль в животе Вздутие живота Полнота живота Икота Жидкий стул Видимая перистальтика Повышенные шумы кишечника
Лекарственные препараты	Какие лекарства вы принимаете в настоящее время? Как часто вы принимаете слабительные препараты?
Проблемы с промежностью	Перианальные язвы / Экскориации / Опухоли Геморрой
Обследование	Цифровое ректальное исследование

Запор очень распространен среди пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Многие пациенты с запорами жалуются на «ложную диарею». **Ложная диарея** возникает, когда фекалии становятся настолько твердыми, что пациент больше не может испражняться. Фекальная жидкость течет вокруг каловых камней и начинает вытекать через прямую киш-

ку. Вытекающая жидкость имеет цвет фекалий, и ее часто трудно удерживать, что приводит к недержанию кала. Таким образом, чтобы исключить запор, всегда целесообразно проводить цифровое ректальное исследование, если пациенты обращаются со следующими жалобами:

- жидкий стул;
- икота;
- катетерный блок;
- подтекание катетера;
- при запоре в течение 3 дней и более;
- у пациента стул в небольших количествах несколько раз в день.

Если при цифровом ректальном исследовании обнаруживается загроможденность прямой кишки, то для быстрого облегчения страданий пациента идеально подходит ручное опорожнение с последующей клизмой. На этом этапе назначение оральных слабительных, действие которых потребует времени, только продлит страдания пациента, и пациент также сочтет дефекацию болезненной и трудной, если будут прописаны только пероральные слабительные без клизмы.

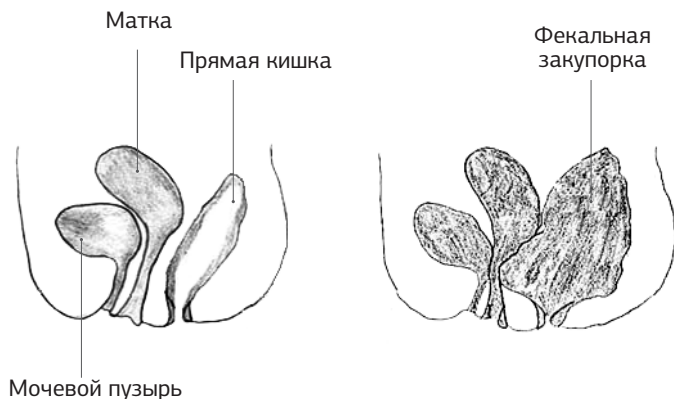


Рис. 8. Фекальная закупорка, вызывающая затруднение оттока мочи

Как провести оценку пациента с диареей?

Диарея: для нее характерен жидкий или водянистый стул 3 раза (и более) в день [16].

Оценка:

Режим работы кишечника	Насколько регулярен ваш стул?
История запоров	Были ли у вас проблемы с дефекацией до этого? Когда вы в последний раз испражнялись нормально?
Режим питания	Были ли изменения в потребляемой пище?
Консистенция	Твердый стул / Мягкий стул / Жидкий стул / Слизистый стул
Длительность	Когда началась диарея? Как долго у вас диарея?
Частота	Количество раз в день
Сопутствующие симптомы	Рвота Боль или спазмы в животе Вздутие живота Лихорадка Признаки обезвоживания
Лекарственные препараты	Какие лекарства вы принимаете в настоящее время? Как часто вы принимаете слабительные препараты?
Обследование	Ректальное цифровое исследование Артериальное давление и частота сердечных сокращений Состояние кожи в перианальной области

Одна из наиболее частых причин жидкого стула у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, — несбалансированная слабительная терапия. Важно помнить, что запор может проявляться как «ложная диарея» [17]. Назначение противо-

диарейных средств, таких как лоперамид, без исключения причины диареи может усугубить страдания пациента. Пациенты, принимающие лоперамид от жидкого стула, имеют тенденцию к развитию запоров, поэтому после тщательного обследования следует разумно применять противодиарейные препараты. Помимо изучения причины диареи, оценка обезвоживания является неотъемлемой частью медсестринского лечения диареи.

Как провести оценку пациента с диспноэ/одышкой?

Одышка — это субъективное ощущение дискомфорта при дыхании [5].

Нехватка воздуха	Вы чувствуете, что вам не хватает воздуха для дыхания?
Активность	Вы чувствуете одышку в состоянии покоя? Вы чувствуете одышку, когда занимаетесь какой-либо деятельностью? От какой деятельности у вас возникает одышка?
Положение тела	Вы чувствуете облегчение, если принимаете определенную позу?
Изменения в течение дня	Усиливается ли одышка в определенное время дня?
Тревожность	Ваша одышка вызвана страхом и тревогой? Вы чувствуете беспокойство, когда задыхаетесь?
Сопутствующие симптомы	Кашель Боль Жар Отек Клокотание Цианоз Бледность Беспокойство Вздутие живота

Обследование	<p>Частота дыхания и жизненно важные функции</p> <p>Использование вспомогательных мышц дыхания</p> <p>Аускультация:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хрип • крепитация • стридор <p>Неравномерное поступление воздуха</p> <p>Перкуссия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • резонанс • гиперрезонанс • глухой звук
Лекарственные препараты	Какие лекарства вы принимаете в настоящее время?

В целях лечения одышка классифицируется по степени тяжести:

1. Одышка при физической нагрузке.
2. Одышка в состоянии покоя.
3. Смертельная одышка [9].

Неврологическое обследование

Уровень сознания	<p>Живое</p> <p>Бодрствующее</p> <p>Вялое</p> <p>В ступоре</p> <p>Коматозное</p> <p>Спутанное</p>
Ориентация	<p>Ориентация во времени</p> <p>Ориентация на месте</p> <p>Ориентация на человека</p>

Глаза				
Зрение	Без очков	Очки / Контактные линзы	Протезы	Слепота
	Двоение в глазах		Нечеткое зрение	
Зрачки	Двусторонне равные		Круглые/ Аномальные	
	Реагируют на свет	Подвижные	Вялые	Не реагируют
Уши	Без помощи аппаратов	Плохо слышит	Вспомогательные аппараты/ импланты	Глухой
Конечности				
Мышечный тонус (все четыре конечности)	Вялый		Спастический	
Мышечная сила (все четыре конечности)	Полная сила		Балл 5	
	Движение возможно с преодолением небольшого сопротивления		Балл 4	
	Способен поднять конечность над кроватью, но не может преодолеть сопротивление		Балл 3	
	Возможно горизонтальное движение на кровати, но не может поднять конечность		Балл 2	
	Только мерцающее движение		Балл 1	
	Нет движения		Балл 0	
Тремор	Присутствует		Отсутствует	
Чувствительность	Нормальная чувствительность	Болезненность	Нет чувствительности	

Паралич определяется как потеря функции мышцы, группы мышц или части тела. Паралич возникает при патологии нервов/ спинного/ головного мозга, которые контролируют функцию мышц. Паралич можно классифицировать по степени тяжести, продолжительности, по характеру и по локализации.

По степени тяжести:

Частичный паралич (его также называют парезом). Он характеризуется скорее слабостью мышц, чем полной потерей функции.

Полный паралич. Он характеризуется полной потерей функции, когда пациент вообще не может двигать мышцами.

По продолжительности:

Временный паралич. Когда паралич длится только определенное время и пациент восстанавливает частично или полностью функциональные способности, это называется временным параличом.

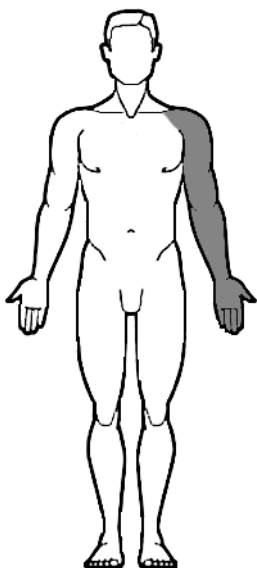
Постоянный паралич. Когда потеря функциональной способности мышцы (мышц) навсегда утрачивается, это называется постоянным параличом.

По природе поражения:

Спастический паралич. Когда паралич характеризуется ригидностью и напряжением мышц с периодическими спазмами, это называется спастическим параличом.

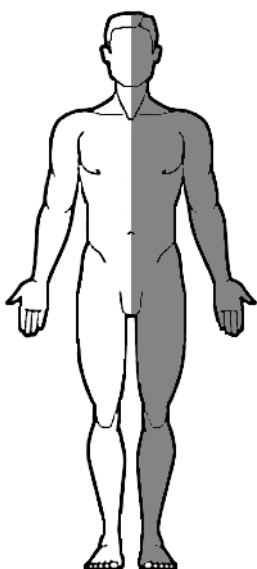
Вялый паралич. Когда паралич характеризуется мягкими и дряблыми мышцами, это называется вялым параличом.

По местоположению:



Моноплегия. Когда паралич поражает только одну руку или одну ногу, его называют моноплегией.

Рис. 9. Моноплегия — паралич одной руки



Гемиплегия характеризуется параличом одной стороны тела. Обычно это наблюдается у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения.

Рис. 10. Гемиплегия — паралич одной стороны тела

Параплегия характеризуется параличом обеих нижних конечностей. Это происходит из-за травмы или сдавления грудного отдела спинного мозга.

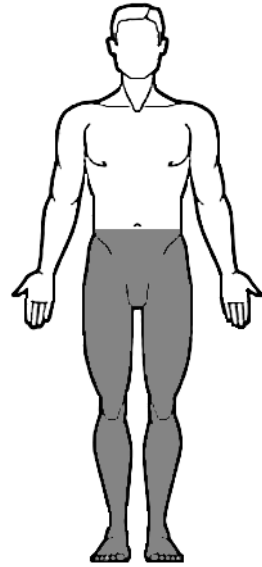


Рис. 11. Параплегия — паралич обеих нижних конечностей

Квадриплегия характеризуется параличом всех четырех конечностей. Наблюдается при травме спинного мозга в шейном отделе.

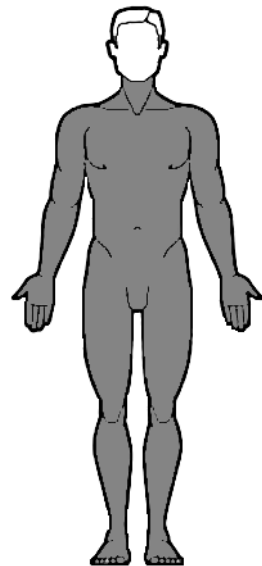


Рис. 12. Квадриплегия — паралич обеих верхних конечностей и обеих нижних конечностей

Оценка расстройства сознания

Расстройство сознания определяется как острое психическое расстройство, которое характеризуется спутанным мышлением, нарушением внимания, обычно сопровождающимся расстройством речи и галлюцинациями.

Шкала скрининга расстройства сознания в сестринском уходе [18]:

Шкала скрининга расстройства сознания в сестринском уходе — это относительно простая шкала, которую можно использовать для оценки расстройства сознания. Шкала оценивает 5 основных составляющих расстройства сознания, а именно: дезориентацию, неуместное поведение, неуместную коммуникацию, галлюцинации и психомоторное торможение.

Время, необходимое для использования этой шкалы, составляет от 1 до 2 минут, чувствительность и специфичность шкалы более 80% [19]. Это позволяет просто и эффективно применять ее в домашних условиях. По каждому компоненту оценка варьируется от 0 до 2 в зависимости от тяжести симптома. Общий балл 2 или более является пороговым значением при скрининге расстройства сознания.

Использование шкалы скрининга расстройства сознания в сестринском уходе:

Используется с разрешения Gaudreau JD & Gagnon P (2005).

Область	Характеристики	Балл
ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ	<u>Нет признаков дезориентации</u> Пациент ориентируется во времени, на месте, на человека	0
	<u>Степень: от легкой до умеренной</u> Наблюдается дезориентация от легкой до умеренной. Пациент по-прежнему может предоставить некоторую ориентировочную информацию о времени, о месте и/или о человеке	1
	<u>Умеренная или тяжелая</u> Пациент не ориентируется ни во времени, ни в месте. Серьезное нарушение, при котором пациент не может назвать дату, месяц, день, год, город, штат и страну	2
НЕУМЕСТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	<u>Нет признаков неуместного поведения</u>	0
	<u>Степень: от легкой до умеренной</u> Гиперактивность едва заметна или проявляется в виде простого беспокойства для часто движущегося пациента	1
	<u>От умеренной до тяжелой</u> Тяжелая гиперактивность; пациент постоянно движется, слишком остро реагирует на раздражители, требует наблюдения и/или сдерживания	2
НЕУМЕСТНАЯ КОММУНИКАЦИЯ	<u>Нет признаков неуместного общения</u> Речь пациента связная и целенаправленная	0
	<u>Степень: от легкой до умеренной</u> За речью пациента трудно следить; ответы на вопросы немного неактуальны, явно присутствует слишком дезорганизованная речь	1
	<u>От умеренной до серьезной</u> Разговор невозможен из-за серьезной дезорганизации мышления или речи. Например, отрывочная, несущественная или бессвязная речь либо отклоняющиеся от темы, случайные или ошибочные аргументы	2

Область	Характеристики	Балл
ИЛЛЮЗИИ/ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ <i>Иллюзии — это неправильное восприятие при наличии внешних раздражителей. Например, веревка воспринимается как змея.</i> <i>Галлюцинации — это восприятие при отсутствии внешних раздражителей. Это может быть зрительная галлюцинация (видение людей/предметов, которые отсутствуют), слуховые галлюцинации (слышание голосов), тактильные галлюцинации (ощущение ползания насекомых)</i>	Нет признаков галлюцинаций	0
	Степень: от легкой до умеренной Неправильные представления или иллюзии, связанные со сном, и непродолжительные галлюцинации	1
	От умеренной до тяжелой Частые или сильные иллюзии или галлюцинации, мешающие уходу, функционированию или связанные с неуместным поведением	2
ПСИХОМОТОРНОЕ ТОРМОЖЕНИЕ	Нет признаков психомоторной отсталости	0
	Степень: от легкой до умеренной Гипоактивность едва заметна, выражается в небольшом или в умеренном замедлении движений	1
	От умеренной до тяжелой Гипоактивность тяжелая; пациент не двигается и не говорит, если его не подталкивать, или находится в кататоническом состоянии	2

Оценка урологических симптомов

Недержание мочи

Недержание мочи определяется как непроизвольное мочеиспускание или выделение мочи из мочевого пузыря.

Типы

1. Стрессовое недержание мочи.
2. Настойчивое недержание мочи.
3. Недержание мочи при переполнении.
4. Функциональное недержание мочи.

Стрессовое недержание мочи

Стрессовое недержание мочи — это непроизвольная потеря мочи при повышении внутрибрюшного давления. Такие действия, как кашель, чихание и смех, могут вызвать подтекание мочи у пациентов со стрессовым недержанием мочи.

Вопросы для оценки:

1. Вытекает ли у вас моча, когда вы смеетесь, чихаете, кашляете или поднимаете что-то тяжелое?
2. Вытекает ли моча во время тренировок?

Настойчивое недержание мочи

Настойчивое недержание мочи — это внезапные сильные позывы к мочеиспусканию, приводящие к непроизвольному мочеиспусканию, перед тем как добраться до туалета. Обычно это происходит в сверхреактивном мочевом пузыре, где внезапные сильные позывы к мочеиспусканию возникают даже при наполовину заполненном мочевом пузыре.

Вопросы для оценки:

1. Часто ли вы чувствуете внезапное желание помочиться, а затем спешите в туалет?
2. Планируете ли вы находиться рядом с туалетом, когда работаете или выполняете другие действия?
3. Часто ли вы нервничаете, потому что думаете, что потеряете контроль над мочевым пузырем?

Недержание мочи из-за переполнения

Недержание мочи из-за переполнения возникает, когда мочевой пузырь опорожняется не полностью, что приводит к вытеканию мочи с позывами к мочеиспусканию или без него. Обычно возникает при непроходимости уретры. Например, увеличение простаты.

Вопросы для оценки:

1. Часто ли вам кажется, что мочевого пузыря опорожнен не полностью?
2. Часто ли вы пачкаете белье?

Функциональное недержание мочи

Функциональное недержание мочи возникает, когда нет проблем с мочевыводящими путями, но человек страдает недержанием из-за других заболеваний, таких как церебральный паралич, слабоумие, артрит и т. д.

Оценка функционального недержания мочи:

1. Исключение других видов недержания мочи.
2. Определение основного заболевания, приводящего к недержанию мочи.

Мочевая нерешительность

Мочевая нерешительность определяется как затруднение при иницировании мочеиспускания или как задержка мочеиспускания. Обычно это наблюдается при доброкачественном увеличении простаты.

Мочевая частота

Мочевая частота определяется как более частое мочеиспускание, чем обычно, днем или ночью либо и днем, и ночью. Как правило, это более 8 раз в день с объемом менее 200 мл на одно мочеиспускание. Мочевая частота может сопровождаться настойчивым недержанием.

Полиурия

Полиурия определяется как более частое мочеиспускание, чем обычно, с нормальным количеством мочи при каждом мочеиспускании. Таким образом, общий диурез превышает 2–3 литра за 24 часа.

Плохой поток

Слабая или медленная струя мочи при мочеиспускании.

Прерывистый поток

Трудности в поддержании постоянной струи мочи во время мочеиспускания или прерывистая струя мочи во время мочеиспускания.

Дизурия

Дизурия определяется как болезненное или жгучее мочеиспускание.

Олигурия

Олигурия определяется как диурез менее 400 мл/день.

Анурия

Анурия определяется как диурез менее 50 мл/день.

Ноктурия

Под ноктурией понимается необходимость один или несколько раз просыпаться, чтобы помочиться.

Почечная колика

Почечная колика характеризуется внезапной болью в боку, которая распространяется в сторону живота и/или в пах. Боль также характеризуется как постоянная боль с эпизодами колики с повышенной интенсивностью.

Пюрия

Наличие гноя/лейкоцитов в моче.

Гематурия

Наличие крови в моче

Задержка мочи

Определяется как невозможность добровольного мочеиспускания.

Спазм мочевого пузыря

Он определяется как внезапное непроизвольное сокращение мочевого пузыря, обычно связанное с болью и позывом к мочеиспусканию.

График ввода-вывода жидкости, который можно использовать дома

Имя пациента: _____				
Дата: _____				
Ввод			Вывод	
Время	Тип введенной жидкости	Объем (мл)	Время	Выход (мл)

Оценка утомляемости

Субъективное чувство усталости, слабости или недостатка энергии [20].

Оценка утомляемости

Качественное описание утомляемости	Начните с открытых вопросов: «Расскажите мне о своей усталости», «Как вы себя чувствуете?»
Интенсивность утомления	Цифровая рейтинговая шкала (NRS): 0 = нет усталости 10 = полное истощение
Анамнез и физикальное обследование для определения причины	Обезвоживание Инфекция (лихорадка) Анемия Электролитный дисбаланс Кахексия Неврологическая слабость Гормональная (гипотиреоз) Нарушение сна Лекарственная (седативная) гипогликемия
Потребление пищи	Удалось ли вам хорошо поесть в последние несколько дней?
Психическое состояние	Когнитивные нарушения Депрессия
Отягчающие и облегчающие факторы	Что заставляет вас чувствовать себя более утомленным? Что вам помогает, когда вы чувствуете усталость?
Влияние на повседневную жизнь	У вас трудности с тем, чтобы начинать дела, потому что вы слишком устали? У вас трудности с завершением работы, потому что вы устали? Вам нужно спать днем? Вам нужна помощь в выполнении ваших обычных дел?
Эмоциональное влияние усталости	Вы чувствуете разочарование/раздражение из-за того, что слишком устали, чтобы заниматься тем, чем хотите?
Социальное влияние усталости	Вы ограничиваете свою социальную активность, потому что слишком устаете?

Оценка аппетита

Сохранение хорошего аппетита необходимо для поддержания нормального функционирования организма. Особенно для пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, аппетит играет важную роль, поскольку потребность в питании у пациента с ограничивающим жизнь заболеванием возрастает, чтобы справиться с прогрессирующим заболеванием и лечением. Пациенты с плохим аппетитом страдают от потери веса, что приводит к слабости, падению, переломам, рецидивирующим инфекциям и пролежням [21]. Все эти проблемы сокращают продолжительность жизни пациентов. Раннее выявление плохого аппетита и предотвращение потери веса могут помочь пациенту лучше справиться с болезнью, а лечение в конечном счете улучшит качество жизни.

Оценка аппетита

Аппетит пациента можно оценить, задав следующие вопросы.

- Вы не хотели бы перекусить?
- Вы чувствуете голод?
- Можете ли вы есть, когда голодны?
- Приятна ли еда на вкус, когда вы едите?
- Каким был ваш распорядок питания до начала болезни/ инвалидности?
- Как изменился ваш режим питания после болезни/ инвалидности?
- Есть ли у вас проблемы во время еды, такие как боль, затрудненное глотание, тошнота, рвота и неприятный вкус?

Оценка раны

Обследование пациента с раной

Сопутствующие заболевания и личные привычки, которые могут усложнить лечение раны	Диабет, заболевания периферических сосудов, ишемическая болезнь сердца, злоупотребление психоактивными веществами, употребление табака
Влияние раны на повседневную деятельность пациента и его семьи	Способность заниматься повседневными делами Возможность пойти на работу
Способность пациента ухаживать за собой	Может ли пациент самостоятельно одеться?
Возможности основных опекунов	Может ли основной опекун следовать полученным советам? Его проблемы и заботы
Статус питания пациентов	Физическое сложение Употребление сбалансированной диеты, включая рис, нут, бобовые, мясо и зеленые листовые овощи
Структура социальной поддержки	Есть ли волонтеры, чтобы помочь семье? Есть ли кто-нибудь для ежедневной перевязки раны?
Сон и отдых	Может ли пациент хорошо спать? Сколько часов сна в сутки? Есть ли трудности с отдыхом?

Оценка раны

Этиология раны	Злокачественная или доброкачественная язва
Характер язвы	Заживающая Медленно заживающая Незаживающая
Измерения раны	Размер, форма, глубина раны и нарушение краев раны
Экссудат	Серозный, кровянистый, серозно-геморрагический и гнойный
Запах	SNIFFF (Запах — нулевой, слабый, гадкий, непереносимый) [22]
Тип ткани	Грануляционная ткань, слизь, струп или некротическая ткань
Кожа вокруг язвы	Зуд, обесцвечивание и сухость
Боль	Сила боли Тип боли
Личинки	В ране есть личинки? Рана остается открытой?
Кровотечение	Были ли в прошлом эпизоды кровотечения из раны? Кровоточит ли рана при наложении повязки?
Риск заражения	Есть ли вероятность фекального загрязнения или загрязнения мочой?

Оценка пролежней

Точки под давлением



Рис. 13. Точки под давлением в положении лежа на спине

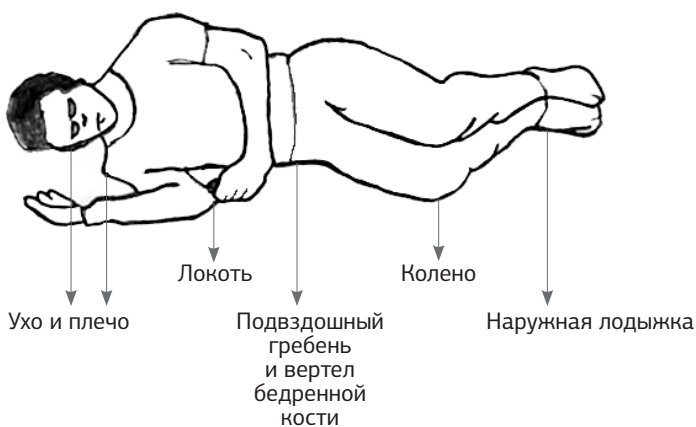


Рис. 14. Точки под давлением в положении лежа на боку



Рис. 15. Точки под давлением в положении сидя

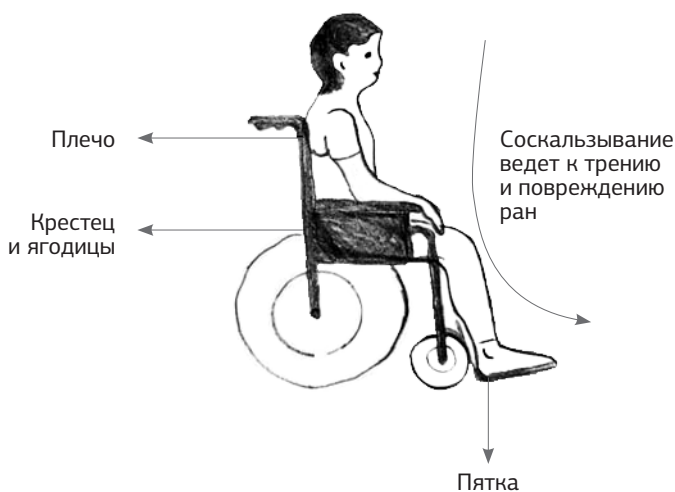


Рис. 16. Точки под давлением в положении сидя

В положении лежа грудь у женщин и гениталии у мужчин подвержены образованию пролежней.

Стадии формирования пролежней

Характерной особенностью 1-й стадии формирования пролежней является непроходящее покраснение. Это может быть не очень заметно у людей с более темным цветом кожи, но область пролежня выглядит и ощущается характерно отличной от областей вокруг нее. Она обычно болезненна, может казаться теплой или холодной по сравнению с областью вокруг нее.

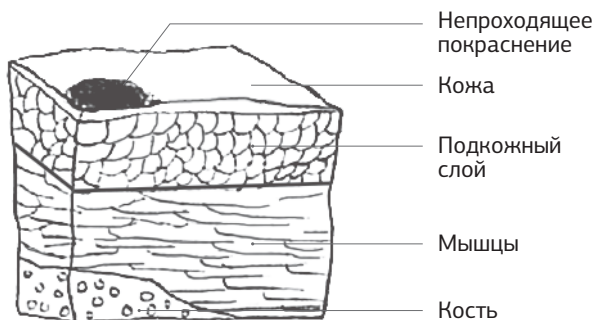


Рис. 17. 1-я стадия пролежней

При 2-й стадии формирования пролежней наблюдается истончение кожи. Имеется открытая язва. Ложе раны имеет розовый и красный цвет с серозно-кровянистым экссудатом. Также могут образовываться пузыри, заполненные серозно-кровянистой жидкостью, которые еще не разорвались. В пролежнях 2-й стадии отсутствует слущивание или струп.

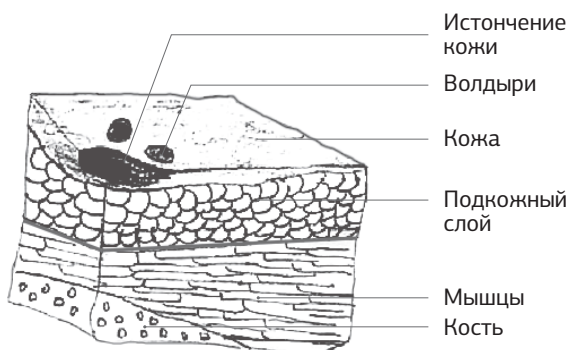


Рис. 18. 2-я стадия пролежней

Пролежни на **3-й стадии** характеризуются потерей всей толщины кожи. Язва обнажает подкожно-жировую клетчатку или затрагивает подкожно-жировую клетчатку, но не мышцы, сухожилия или кости. На 3-й стадии может быть углубление или туннелирование, поэтому язвы 3-й стадии необходимо тщательно исследовать. У людей с очень худым телосложением пролежни 3-й стадии могут быстро перейти в 4-ю стадию, поскольку у них меньше подкожных подушечек. Точно так же в областях с меньшим количеством подкожного жира, таких как затылок, ухо, лопатка, крестец, пятка и лодыжка, переход от 2-й стадии к 4-й стадии будет быстрым.

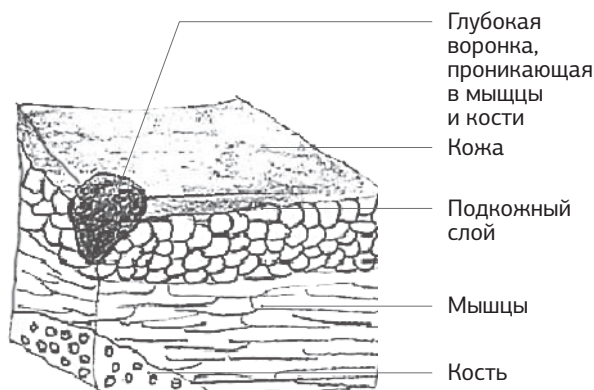


Рис. 19. 3-я стадия пролежней

Пролежни **4-й стадии** характеризуются потерей всей толщины кожи, при которой язва распространяется на мышцы, сухожилия и кости, как глубокая воронка. Глубина язвы зависит от ее расположения. Подобно этапу 3, может быть углубление или туннелирование. Шелушение или струпья являются обычным явлением. Пролежни 4-й стадии могут привести к остеомиелиту, что еще больше осложнит лечение.

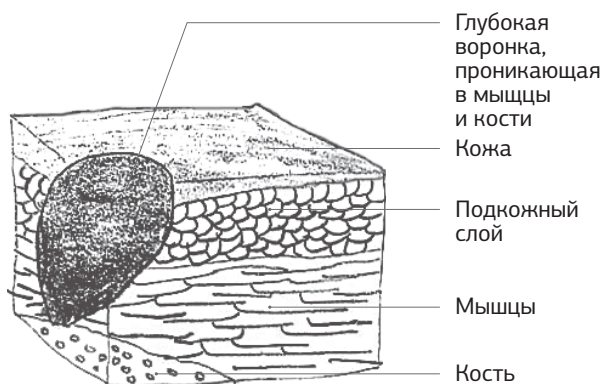


Рис. 20. 4-я стадия пролежней

Пролежень без стадии

Чтобы определить стадию пролежня, нужно визуализировать основание раны. Когда основание раны покрыто отшелушившейся кожей или струпями, ее называют пролежнем без стадии. После удаления отшелушившейся кожи пролежни обычно переходят в стадию 3 или 4. Пролежень без стадии характеризуется потерей полной толщины кожи.

ШКАЛА БРЕЙДЕН¹

(Для прогнозирования риска образования пролежней при домашнем уходе)

Имя пациента: _____

Имя диагностирующего _____

Дата оценки: _____

СЕНСОРНОЕ ВОСПРИЯТИЕ Способность осмысленно реагировать на дискомфорт, связанный с давлением	1. Полностью ограничено Не реагирует (не стонет, не вздрагивает и не смеется) на болезненные раздражители из-за пониженного уровня сознания или седативного воздействия ИЛИ Ограниченная способность чувствовать боль в большей части тела	2. Очень ограничено Реагирует только на болезненные раздражители. Не может выражать дискомфорт, кроме как стопами или беспомощностью ИЛИ Имеет сенсорное нарушение, которое ограничивает боль или дискомфорт более чем на половине тела	3. Слегка ограничено Реагирует на словесные команды, но не всегда может сообщить о дискомфорте или что его нужно повернуть ИЛИ Имеет некоторые сенсорные нарушения, которые ограничивают способность чувствовать боль или дискомфорт в одной или другой конечности	4. Нет нарушений Отвечает на словесные команды. Не имеет сенсорного дефицита, который ограничивал бы способность чувствовать боль или дискомфорт
--	--	---	--	--

¹ BRADEN SCALE — инструмент, разработанный Барбарой Брейден (Barbara Braden) и Нэнси Бергстром (Nancy Bergstrom) в 1987 году.

<p>ВЛАГА Степень увлажненности кожи</p>	<p>1. Постоянно влажная Кожа почти постоянно остается влажной из-за потоотделения, мочи и т. д. Каждый раз, когда пациент обнаруживает влажность, переворачивается или поворачивается</p>	<p>2. Часто влажная Кожа часто, но не всегда влажная. Белье необходимо менять не реже 3 раз в сутки</p>	<p>3. Иногда влажная Кожа иногда бывает влажной, что требует дополнительной смены белья примерно один раз в день</p>	<p>4. Редко влажная Кожа обычно сухая. Возможно белье необходимо менять только через определенные промежутки времени</p>
<p>АКТИВНОСТЬ Степень физической активности</p>	<p>1. Постельный Прикован к постели</p>	<p>2. В инвалидном кресле Способность ходить сильно ограничена или вообще отсутствует. Не может выдерживать собственный вес и/или его необходимо усаживать в кресло или инвалидную коляску.</p>	<p>3. Иногда прогулки Иногда гуляет днем, но на очень короткие расстояния, с посторонней помощью или без нее. Большую часть дня проводит в постели или в кресле</p>	<p>4. Часто ходит Выходит из спальни 2 раза в день и гуляет внутри комнаты не реже одного раза в два часа в часы активности</p>
<p>МОБИЛЬНОСТЬ Способность менять и контролировать положение тела</p>	<p>1. Полностью неподвижен Не вносит даже незначительных изменений в тело или в положение конечностей без посторонней помощи</p>	<p>2. Очень ограниченно Время от времени делает легкие изменения положения тела или конечностей, но не способен к частым или значительным изменениям самостоятельно</p>	<p>3. Слегка ограниченно Самостоятельно совершает частые, хотя и незначительные, изменения положения тела или конечностей</p>	<p>4. Нет ограничений Самостоятельно делает серьезные и частые изменения позы</p>

<p>ПИТАНИЕ Обычная модель приема пищи</p>	<p>1. Очень плохо Никогда не ест полностью. Редко съедает более 1/3 предлагаемой еды. Съедает 2 порции белка или меньше (мясное или молочное) в день. Плохо принимает жидкости. Не принимает жидких пищевых добавок ИЛИ находится в режиме «ничего в рот» и/или принимает прозрачные жидкости или капельницы более 5 дней</p>	<p>2. Вероятно, недостаточно Редко ест полноценную еду и обычно съедает только половину предложенной еды. Потребление белка включает всего 3 порции мясных или молочных продуктов в день. Время от времени принимает пищевые добавки ИЛИ получает меньше оптимального количества жидкого или зондового питания</p>	<p>3. Достаточно Ест более половины бо́льшинства приемов пищи. Съедает в общей сложности 4 порции белка (мясо, молочные продукты) в день. Иногда отказывается от еды, но обычно принимает добавки, когда их предлагают ИЛИ на зондовом питании, или на ППП, который, вероятно, полностью закрывает основную потребность в питании</p>	<p>4. Отлично Съедает бо́льшую часть пищи. Никогда не отказывается от еды. Обычно съедает в общей сложности 4 (и более) порции мясных и молочных продуктов. Иногда ест между приемами пищи. Не нуждается в дополнительном питании.</p>
<p>ТРЕНИЕ И ПЕРЕМЕЩЕНИЕ</p>	<p>1. Проблема Нуждается в помощи при перемещении, от умеренной до максимальной. Полный подъем без скопления по простыням невозможен. Часто соскальзывает в кровати или на стуле, требует частого изменения положения с максимальной помощью. Спастичность, контратуры или возбуждение приводят к почти постоянному трению</p>	<p>2. Возможная проблема Двигается слабо или требует минимальной помощи. Во время движения кожа, вероятно, скользит по простыне, стулу, ограничителям или по другим устройствам. Бо́льшую часть времени сохраняет относительно хорошее положение на стуле или в постели, но иногда соскальзывает вниз</p>	<p>3. Нет очевидной проблемы Самостоятельно перемещается в постели и на стуле и обладает достаточной мышечной силой, чтобы полностью подниматься во время движения. Сохраняет хорошее положение в постели или на стуле</p>	
<p>Общий балл</p>				

1 ППП — полное парентеральное питание

Подсчет баллов по шкале Брейден:

- Оценка от 19 до 23 — нет риска развития пролежней.
- Оценка от 18 до 15 — незначительный риск развития пролежней.
- Оценка от 14 до 13 — умеренный риск развития пролежней.
- Оценка от 12 до 10 — значительный риск развития пролежней.
- Оценка ≤ 9 — серьезный риск развития пролежней.

Как часто следует проводить оценку риска?

- Оценка риска развития пролежней должна проводиться при первом посещении врача на дому и периодически при каждом посещении [23].

Меры по профилактике пролежней:

- Профилактические меры следует начинать, когда пациент набрал ≤ 18 баллов по шкале Брейден.
- Меняйте положение пациента каждые 2 часа.
- По возможности поощряйте послеоперационные движения.
- Поощряйте выполнение простых упражнений на диапазон движений у пациентов, которые прикованы к постели.
- Поощряйте употребление от 2 до 3 литров жидкости через рот, если нет противопоказаний.
- Используйте смягчающие средства, чтобы кожа оставалась увлажненной.
- Если наблюдается чрезмерная влажность из-за потоотделения или недержания мочи, подумайте об использовании впитывающих прокладок, подкладного судна или дренажной системы.
- Не поднимайте голову более чем на 30 градусов, чтобы уменьшить трение.

- Используйте поверхности, перераспределяющие давление, такие как водяные кровати, надувные матрасы, водяные мешки, подушки и кольца для головы.
- Посоветуйте семье ежедневно выполнять уход за спиной пациента.
- Проинструктируйте и продемонстрируйте семье, как переворачивать и поднимать пациента, чтобы минимизировать трение.
- Убедитесь, что пациент придерживается сбалансированной диеты с достаточным количеством калорий и белков.

Оценка полости рта

1. Оценка полости рта перед выполнением ухода за полостью рта предоставит информацию о частоте необходимого ухода за полостью рта и типе очищающего средства, которое будет использоваться. Пациентам с риском развития язв в полости рта оценку следует проводить ежедневно [24].
2. Оценке подлежат следующие области:
 - a) слизистая оболочка рта — сухость, покраснение, язвы и налет;
 - b) слюна — цвет, густота и объем;
 - c) зубы — цвет, остатки пищи и налет;
 - d) язык — цвет, язвы, увлажненность и налет;
 - e) неприятный запах изо рта — его наличие.



А. Внутренняя сторона
верхней губы



В. Внутренняя сторона
нижней губы



С. Внутренняя сторона правой
и левой щёки



Д. Мягкое нёбо



Е. Верхняя часть языка



Ф. Дно полости рта



Г. Боковые стороны языка с обеих сторон

Рис. 21. Места обследования в ротовой полости

Шкала ВОЗ оральной токсичности [25]

Оценка 0 — без изменений

- 1-я степень — болезненность или покраснение
- 2-я степень — болезненность или эритема с изъязвлением (может употреблять твердую пищу);
- 3-я степень — болезненность или эритема с изъязвлением (может употреблять только жидкое питание);
- 4-я степень — болезненность или эритема с изъязвлением (пероральное питание невозможно).

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Психологический дистресс

Национальная всеобщая онкологическая сеть (NCCN) определяет психологический дистресс как «многофакторный, неприятный эмоциональный опыт психологического (когнитивного, поведенческого и эмоционального), социального или духовного характера, который может снижать способность справляться с раком, с его физическими симптомами и лечением». Хотя это определение сосредоточено на психологическом дистрессе у онкологических больных, то, как психологический дистресс влияет на способность справляться с нераковыми, хроническими и долгосрочными состояниями, не сильно отличается.

Оценка психологического стресса

Несмотря на то что существует несколько инструментов для оценки психологического стресса, следующие три инструмента, которые можно применять при посещении на дому, просты, легки в применении и имеют хорошую валидность.

- Термометр дистресса.
- Скрининг тревожности и депрессии (Анкета здоровья пациента — 4 (PHQ-4)).
- Индекс благополучия ВОЗ.

Термометр дистресса NCCN¹

Термометр дистресса NCCN имеет числовую шкалу оценки, измеряющую уровень дистресса от 0 до 10. Человека просят выбрать балл от 0 до 10, который лучше всего показывает уровень дистресса, который он испытал за последнюю неделю, включая день оценки. В дополнение к этому есть исчерпывающий список элементов, разделенных на 5 доменов, и человека спрашивают, был ли этот элемент проблемой для него на прошлой неделе. В термометре дистресса оценка ≥ 4 [26] потребует дальнейшего изучения списка проблем и обращения к соответствующей профессиональной группе.



Термометр дистресса NCCN и Список проблем для пациентов

ТЕРМОМЕТР ДИСТРЕССА NCCN

Дистресс — это неприятный опыт ментального, физического, социального или духовного характера. Он может влиять на то, как человек думает, что он чувствует, как действует. Дистресс может снижать способность человека справиться с раком, с его симптомами и осложнять лечение.

Инструкции: Обведите номер (0–10), лучше всего отражающий для вас уровень дистресса, который вы испытывали в последнюю неделю, включая сегодня.

Острый дистресс



Нет дистресса

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОБЛЕМ

Пожалуйста, укажите, было ли что-то из нижеследующего проблематичным для вас в прошедшую неделю, включая сегодня. Пожалуйста, отметьте ДА или НЕТ для каждого пункта.

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ДА | <input type="checkbox"/> | НЕТ | <u>Практические проблемы</u> | <input type="checkbox"/> | ДА | <input type="checkbox"/> | НЕТ | <u>Физические проблемы</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Забота о детях | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Забота о детях |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Еда | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Уход за собой/ одевание |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Жилье | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Дыхание |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Страховании/ финансы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Изменения в мочеиспускании |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Транспорт | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Запор |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Работа/ школа | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Диарея |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Решения о лечении | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Премия лица |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Утомление |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Семейные проблемы</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ощущение вздутости |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Взаимодействие с детьми | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Повышенная температура |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Взаимодействие с партнером | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ориентация |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Способность иметь детей | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Пищеварение |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Проблемы со здоровьем в семье | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Павыт/ концентрация |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Язык во рту |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Эмоциональные проблемы</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Тошнота |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Депрессия | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Сухость/ заложенность носа |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Страх | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Боль |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Нервозность | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Сексуальность |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Печаль | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Сухость/ зуд кожи |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Беспокойство | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Сон |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Потеря интереса к обычным занятиям | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Употребление психоактивных веществ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Покывание в кистях рук/ в ступнях |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Духовные/ религиозные переживания</u> | | | | | |

Другие проблемы: _____

Воспроизводится с разрешения. Источник. Руководство по онкологической клинической практике (Руководство NCCN ©), Термометр дистресса NCCN Версии 2.2020. © 2020 Национальная всеобщая сеть по рановым заболеваниям. Все права защищены. Руководство NCCN © и иллюстрации не могут быть воспроизведены ни в какой форме, ни для каких целей без письменного разрешения NCCN. Получить последнюю и полную версию Руководства NCCN можно на сайте NCCN.org. Руководство NCCN — постоянно обновляемый документ, который может быть пересмотрен в любой момент, как только будут доступны новые важные данные. NCCN не дает никаких гарантий касательно содержания Руководства, его использования или применения и заявляет об отказе от ответственности за его применение или за использование в любой форме.

¹ National Comprehensive Cancer Network — Национальная всеобщая сеть по раковым заболеваниям.

Оценка здоровья пациента — 4 (PHQ-4) [27]

PHQ-4 — это еще один простой инструмент с хорошей валидностью, который позволяет обследовать пациента на предмет тревожности и депрессии. PHQ-4 измеряет психологический дистресс в последние две недели.

В последние две недели как часто вас беспокоили следующие проблемы?	Совсем нет	Несколько дней	Больше половины дней	Почти каждый день
1. Ощущение нервозности, тревоги, на грани	0	1	2	3
2. Неспособность перестать беспокоиться или контролировать беспокойство	0	1	2	3
3. Малая заинтересованность или удовольствие в том, чтобы что-то делать	0	1	2	3
4. Ощущение подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3

Подсчет баллов

Общий балл по PHQ-4 варьируется от 0 до 12, с категориями психологического расстройства:

- Нет 0–2
- Легкая 3–5
- Умеренная 6–8
- Тяжелая 9–12

Подшкала тревожности = сумма пунктов 1 и 2 (диапазон баллов от 0 до 6).

Подшкала депрессии = сумма пунктов 3 и 4 (диапазон баллов от 0 до 6).

По каждой подшкале оценка 3 и более считается положительным результатом обследования.

В дополнение к анкете также исследуйте суицидальные мысли и бессонницу.

Индекс благополучия ВОЗ [28]

Индекс благополучия ВОЗ (ВОЗ-5) — это короткий и простой в использовании инструмент самоотчета, который измеряет самочувствие человека. Инструмент хорошо подходит для выявления депрессии. В инструмент включены 5 утверждений. Каждое утверждение оценивается от 0 до 5. Максимальный балл, который можно получить, равен 25. Чем выше балл, тем выше уровень благополучия.

За последние две недели	Все время	Большую часть времени	Более половины времени	Менее половины времени	Какое-то время	Ни в какое время
Я чувствую себя бодро и в хорошем настроении	5	4	3	2	1	0
Я чувствую себя спокойно и расслабленно	5	4	3	2	1	0
Я чувствую себя активным и бодрым	5	4	3	2	1	0
Я просыпаюсь свежим и отдохнувшим	5	4	3	2	1	0
Моя повседневная жизнь наполнена вещами, которые меня интересуют	5	4	3	2	1	0

Подсчет баллов

Итоговый балл рассчитывается путем суммирования баллов по отдельным утверждениям. Общий балл менее 13 указывает на плохое самочувствие, или, если человек набрал 0 баллов или 1 балл по любому из 5 пунктов, его следует направить в профессиональную бригаду психиатрической помощи.

ОЦЕНКА ДУХОВНОСТИ

Духовность определяется как «динамический и неотъемлемый аспект человечности, через который люди ищут главный смысл, цель, трансцендентность и переживают опыт отношений с собой, с семьей, с другими людьми, с сообществом, с обществом, с природой, со значимыми и священными для них аспектами жизни. Духовность выражается в убеждениях, в ценностях, в традициях и обычаях».

Вопросы, которые помогают исследовать духовные темы

Анкета направлена на изучение религиозных практик, веры в Бога, поддерживающих систем/институтов и источников надежды/методов, которые помогают справляться с трудностями.

- Соблюдаете ли вы какие-либо религиозные обряды? Если да, изменилось ли что-нибудь из-за болезни?
- Есть ли какие-либо религиозные ритуалы/духовные практики, которые могут помочь вам справиться с вашей текущей ситуацией?
- Вы верите в Бога? Если да, как вы думаете, какие у вас отношения с Богом? Помогала ли вам вера в Бога справляться с нынешней ситуацией?
- Есть ли что-нибудь, связанное с вашей системой убеждений, что кажется вам трудным в вашей текущей ситуации?
- Где вы обычно получаете помощь и поддержку в трудные времена?
- Что из вашей личной жизни вам не помогает в трудных ситуациях?
- Каковы ваши надежды на будущее?
- Чего вы боитесь и о чем беспокоитесь, думая о будущем?
- Что вы обычно делаете, когда попадаете в затруднительное положение? Где вы находите поддержку и силы в таких ситуациях?
- Что я могу сделать, чтобы поддержать вас в нынешний трудный период?

КАК РАСПОЗНАТЬ ПРИЗНАКИ УМИРАНИЯ

При оказании паллиативной помощи на дому члены бригады по уходу на дому, особенно медсестра, должны совершенствовать свою компетенцию распознавать признаки умирания. Развитие этой компетенции поможет пациенту, его семье и команде паллиативной помощи спланировать курс лечения. Тщательная оценка — это очень важный шаг в диагностике умирания. Выполнив оценку безупречно, команда по уходу на дому сможет помочь пациенту и его семье выбрать правильное место ухода, составить план ухода, принять другие решения и подготовиться к умиранию и смерти.

Снижение потребности в питании

- По мере того как человек приближается к концу жизни, потребность организма в питательных веществах резко уменьшается. Поэтому у человека может снижаться аппетит и уменьшаться ощущение жажды.
- Важно помнить, что это естественный процесс и он не причиняет вреда пациенту. Но членам семьи может быть неприятно видеть, что пациент не ест и не пьет жидкости.
- Ободряя и побуждая пить понемногу воду и прикладывая влажные тампоны к губам, можно обеспечить комфорт пациенту. Однако принудительное кормление может усугубить страдания пациента без особой пользы.

Возрастающая слабость

- По мере того как человек приближается к смерти, слабость становится все более и более заметной.
- По мере нарастания слабости общая активность снижается.
- Ближе к поздней терминальной стадии человеку может быть трудно продолжать беседу и даже терпеть заботу о себе.

- На данном этапе цель состоит в том, чтобы избежать рутинных действий, которые доставляют человеку дискомфорт, и обеспечить уход, направленный на повышение комфорта.

Повышенная сонливость

- По мере того как пациент подходит к концу жизни, он становится все более сонливыми и его трудно разбудить. Время, проведенное во сне, постепенно увеличивается.
- Может снизиться темп речи, и пациенты могут казаться погруженными в себя.
- У некоторых пациентов также может наблюдаться смятение, неспособность узнавать людей и беспокойство.
- Терминальное расстройство сознания и беспокойство можно эффективно купировать галоперидолом или бензодиазепинами, в зависимости от причины состояния.
- Членам семьи следует посоветовать разговаривать с пациентом, когда пациент полностью в сознании, и разговаривать при этом спокойно и ласково.

Изменение дыхания

- По мере приближения человека к терминальной фазе дыхание становится поверхностным.
- У некоторых пациентов частота дыхания может увеличиваться, но обычно дыхание становится поверхностным и прерывистым.
- У некоторых пациентов можно заметить дыхание челюстью.
- Люди, осуществляющие уход, должны быть уверены, что это нормальный процесс умирания и что это не беспокоит пациента.
- Еще один тревожный симптом, за которым наблюдают члены семьи, осуществляющие уход, — это «предсмертный хрип». Это происходит из-за накопления слюнной секреции и слизи в горле, так как глотательный и кашлевой рефлекс исчезают в конце жизни.

- Бульканье, издаваемое колеблющейся жидкостью при каждом дыхании, может беспокоить людей, осуществляющих уход, но не пациента.
- Этим можно эффективно управлять, поворачивая пациента на бок и осушая выделения. Антихолинергические препараты, такие как гликопирролат, вводимые сублингвально или подкожно, могут уменьшить эти выделения.
- Выделения, которые уже собрались в полости рта, следует сначала удалить, так как вышеуказанные препараты не убирают имеющееся, а предотвращают дальнейшее накопление.

Температура

- В терминальной стадии температура тела снижается.
- Это может быть связано с такими причинами, как снижение метаболизма и замедление кровообращения.
- Стопы и руки могут казаться бледными, холодными и липкими.
- Если человек говорит, что ему холодно, может потребоваться дополнительное одеяло.
- На этом этапе комната должна быть хорошо проветриваемой и менее многолюдной.

Изменения экскреции

- В конце жизни недержание мочи и кала наблюдается лишь у некоторых пациентов.
- Резко снижается диурез, моча может казаться темно-коричневой.
- Возможны отеки из-за задержки жидкости.
- На этом этапе важно сделать комфорт пациентов приоритетом.
- Поддержание хорошей гигиены промежности и предотвращение пролежней имеют решающее значение для поддержания комфорта.

Медсестринские процедуры и вмешательства

Нефармакологические методы повышения комфорта пациентов с одышкой в домашних условиях

Снять тревогу

- Открытое обсуждение причины одышки с пациентом и его семьей имеет ключевое значение для уменьшения беспокойства, которое усиливает одышку.
- Во время обострения пациент опасается смерти от удушья. Следовательно, уверенность в том, что пациент вряд ли задохнется и умрет, может облегчить беспокойство пациента.
- Если тревога не уменьшается нефармакологическими методами, могут быть назначены анксиолитики.

Корректировка образа жизни

- Регулируйте ритм повседневной деятельности: отдохните, а затем поешьте, затем снова отдохните, затем умойтесь, затем снова отдохните и потом оденьтесь [9].
- Выполнение задач сидя (например, нарезка овощей).
- Пространственное регулирование с точки зрения расположения спален на первом этаже и хранения основных вещей на столе рядом с пациентом.

Общие меры при приступе одышки:

- Позиция Фаулера или полу-Фаулера.
- Поперечная/перекрёстная вентиляция в помещении.
- Обдув электрическим вентилятором.
- Протирание лица влажной салфеткой.
- Не толпиться вокруг пациента.
- Предпочтительна свободная одежда.

Физическая терапия

- Дыхание через сжатые губы.
- Стимуляция дыхания (медленное, контролируемое и глубокое дыхание).
- Легкое усилие для повышения порога толерантности.
- Использование стимулирующей спирометрии для увеличения емкости легких.

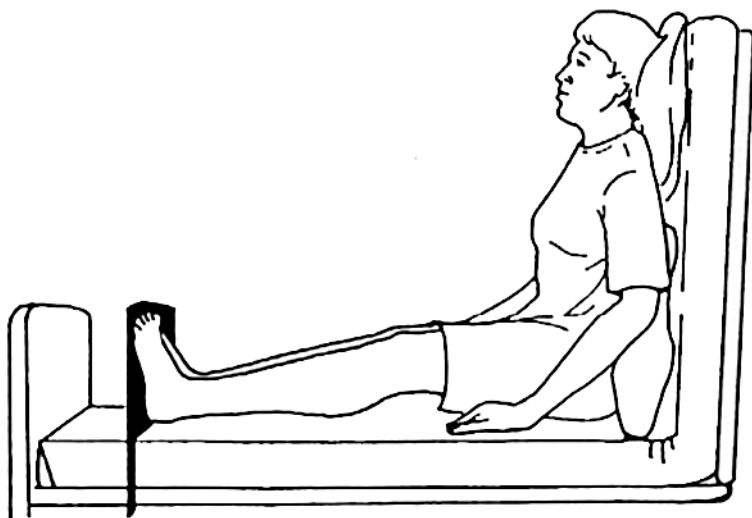


Рис. 22. Позиция Фаулера

Источник. Brooksidepress.org

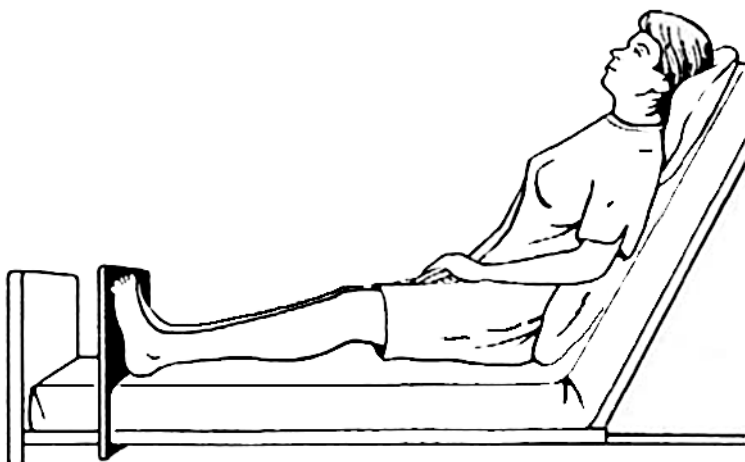


Рис. 23. Позиция полу-Фаулера

Источник. Brooksidepress.org

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ

Обязанности медсестры при введении лекарств

1. Вымойте руки. (Обоснование: разрывает цепь перекрёстного заражения.)
2. Соблюдайте 10 правил:
 - a) правильный пациент;
 - b) правильный препарат;
 - c) правильная доза;
 - d) правильное время;
 - e) правильный маршрут;
 - f) правильная документация;
 - g) правильное обучение пациентов;
 - h) право отказаться;
 - i) правильный осмотр;
 - j) правильный диагноз.

3. Проверьте срок годности лекарства.
4. Перед введением лекарства медсестра должна знать терапевтическое действие, побочные и неблагоприятные эффекты лекарства и меры предосторожности, которые следует соблюдать при его введении.
5. Убедитесь, что препарат не был введен членом семьи или другими лицами до прибытия бригады по уходу на дому.
6. Объясните пациенту и его семье, почему назначают это лекарство.
7. Во время визитов на дом проверьте крышку/ коробку с лекарствами, чтобы убедиться, что нужный препарат находится в нужной упаковке, и проверьте соблюдение рецепта.

Введение пероральных препаратов

Определение:

Процесс введения препарата внутрь через рот посредством проглатывания.

Цель:

1. Чтобы справиться с симптомами.
2. Лечить болезнь.

Необходимое оборудование:

1. Питьевая вода в чашке.
2. Медицинский стаканчик [1].
3. При необходимости измельчитель таблеток / таблеточный нож.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепь перекрёстного заражения
2	Объясните пациенту и его семье, почему назначают это лекарство	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество
3	Проверьте имя пациента по рецепту	Чтобы предотвратить неправильное введение Для предотвращения передозировки и лекарственного взаимодействия
4	Также узнайте, давались ли какие-либо лекарства до прибытия бригады по уходу на дому	
5	Продолжайте вводить препараты по рецепту сверху вниз	Следование рецепту гарантирует, что лекарства не будут пропущены
6	Соберите все лекарства в стаканчик	Предотвращает рассыпание
7	Давайте их одно за другим, с тем чтобы каждый препарат запивать глотком воды	Глотать по одному легче
8	Жидкие лекарства следует отмерять с помощью мерного стаканчика (измерение следует проводить на уровне глаз)	Измерение на уровне глаз обеспечивает точность Некоторые лекарства имеют покрытие для медленного или отсроченного всасывания. Нарушение правил приема приводит к тому, что лекарство разрушается кислотой в желудке или быстро всасывается
9	Если пациент не может проглотить какое-либо лекарство, его можно измельчить в измельчителе таблеток и смешать с водой или с соком Предупреждение для медсестры: а. Таблетки с кишечнорастворимой оболочкой нельзя измельчать, их следует проглатывать целиком б. Если таблетка растворена в воде или в соке, пациенту следует выпить все количество (поэтому безопаснее растворять лекарство в небольшом количестве воды/сока)	Если выпивать не всю жидкость, это приведет к неточному введению дозы

№	Действие	Объяснение
10	Если пациент отказывается от лекарства, задокументируйте это	Служит правовой защитой
11	Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно после приема лекарств	Выявить нежелательные реакции, если таковые имеются
12	Задокументируйте процедуру.	Обеспечивает непрерывность ухода
13	Сообщите врачу, если пациент испытывает дискомфорт	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение

Введение сублингвальных (подъязычных) или буккальных (защёчных) препаратов

Процедура введения препаратов сублингвальным или буккальным путем отличается от глотания лекарств.

Цель:

1. Способствовать более быстрому действию, минуя метаболизм первого прохождения в печени.
2. Вводить лекарства пациентам, которые не могут глотать.

Необходимое оборудование:

1. Питьевая вода в стакане [1].
2. Дробилка для таблеток/резак для таблеток при необходимости.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепь перекрёстного заражения
2	Объясните пациенту и его семье, почему назначают это лекарство	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество
3	Проверьте соответствие имени пациента его имени в рецепте	Чтобы предотвратить неправильное введение лекарства
4	Также выясните, давались ли какие-либо лекарства до прибытия бригады по уходу на дому	Чтобы предотвратить передозировку и взаимодействие препаратов
5	Обеспечьте уход за полостью рта перед приемом сублингвальных препаратов	Для обеспечения гигиены и улучшения усвоения препарата
6	Сублингвально можно вводить только одну таблетку за один раз	Для улучшения усвоения препарата
7	Измельчите таблетку в порошкообразную форму и смешайте таблетку с 1–2 каплями воды до состояния пасты	Превращение в форму пасты облегчает введение препарата
8	Работайте в перчатках, желательны двойные	Для предотвращения травм пальцев, так как пациенты без сознания могут иметь склонность кусаться
9	Наберите лекарственную пасту на указательный палец и аккуратно нанесите ее под язык или на слизистую оболочку щеки. Заранее объясните пациенту, что лекарство не для проглатывания	Размазывание лекарства способствует его быстрому всасыванию Слишком частые манипуляции с полостью рта могут вызвать секрецию солей, которая в свою очередь может вызвать глотательный рефлекс
10	Убедитесь, что полость рта не подвергается чрезмерным манипуляциям	
11	Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно после приема лекарств	Выявить побочные реакции, если таковые имеются
12	Задokumentируйте процедуру	Обеспечивает непрерывность ухода
13	Сообщите врачу, если пациент испытывает дискомфорт	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение

ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Общие инструкции по применению парентеральных препаратов

1. Соблюдайте гигиену рук до и после введения парентеральных препаратов.
2. Надевайте чистые перчатки при введении парентеральных препаратов.
3. Всегда проверяйте срок годности флаконов и ампул перед загрузкой лекарств.
4. Проконсультируйтесь с пациентом, с членами его семьи, ознакомьтесь с медицинской картой на предмет возможных аллергий на лекарства.
5. Когда многодозовый шприц наполнен, он должен быть помечен именем пациента, названием препарата, дозировкой препарата в мл и датой.
6. Один многодозовый шприц следует использовать только для одного пациента, а все лекарства, оставшиеся после 24 часов, следует утилизировать вместе со шприцем.
7. Нельзя вводить инъекции в руку с отеком.
8. Иглы никогда не должны быть повторно закрыты колпачком.
9. Если требуется несколько инъекций, рассмотрите возможность установки подкожного катетера.
10. При подкожных и внутримышечных инъекциях следует вводить только одно лекарство за один раз.
11. Всегда выбрасывайте иглы в контейнер, защищенный от прокалываний.

Выполнение внутримышечной инъекции

Определение:

Процессы введения препарата в мышцу с помощью шприца и иглы с соблюдением асептических предосторожностей.

Внутримышечные инъекции часто делаются в дельтовидные, широкие мышцы бедра, в вентроглютеальные и дорсоглютеальные мышцы.

Для пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, обычно избегают внутримышечных инъекций, поскольку они часто не обладают достаточной мышечной массой, а внутримышечные инъекции болезненны. Когда требуются круглосуточные парентеральные анальгетики, подкожный путь предпочтительнее внутримышечного, так как подкожный путь менее болезнен и при помощи него легче делать повторные инъекции через подкожные катетеры.

Цель:

- Управление симптомами.

Противопоказания [29]:

Внутримышечные инъекции могут быть противопоказаны пациентам, имеющим:

1. Нарушения свертываемости крови.
2. Общий или местный отек.
3. Местную инфекцию или целлюлит в месте инъекции (используйте альтернативное место).
4. Шок.
5. Проходящим или недавно прошедшим тромболитическую терапию (пациент, который недавно принимал или принимает антикоагулянты).
6. Мышечную атрофию.

Препараты, которые нельзя вводить внутримышечно [30]:

1. Фенитоин.
2. Гепарин.
3. Глюконат кальция.
4. Хлорид калия.

Необходимое оборудование [31]:

1. Стерильный шприц (3–5 мл) [1].
2. Стерильная игла подходящего размера (обычно используются иглы от 21 до 23 G с длиной 1,5 дюйма (3,8 см) [1]).
3. Спиртовые тампоны.
4. Одноразовый контейнер с защитой от проколов [1].
5. Резак для ампул, если есть [1].
6. Стальной лоток [1].
7. Одноразовые перчатки [1].

Следует учесть:

1. Иглы, используемые для внутримышечных инъекций, длиннее, чем иглы для подкожных инъекций, поскольку игла должна проникнуть глубоко в мышцу.
2. Длина иглы зависит также от места введения и глубины подкожного жира, покрывающего мышцу.
3. Калибр иглы для внутримышечных инъекций должен быть больше, чтобы подходить для вязких растворов и суспензий, но они болезненны.
4. Взрослым с хорошей мышечной массой при инъекциях в ягодичные области следует вводить не более 5 мл лекарства в одно место [32]. Если необходимо ввести более 5 мл, лекарство следует разделить на несколько участков.
5. Детям и пожилым людям с недостаточной мышечной массой ограничьте количество до 1–2 мл.

6. Для педиатрической возрастной группы предпочтительнее обширная латеральная мышца бедра.
7. Через дельтовидный канал следует вводить не более 2 мл [31].

Дельтовидная область



Рис. 24. Определение места для внутримышечной инъекции на дельтовидной мышце

Найдите нижний край акромиального отростка и точку на внешней поверхности плеча на уровне подмышечной впадины. Вставьте иглу на 2,5–5 см ниже акромиального отростка, обычно на два или на три пальца, под углом 90 градусов или немного под углом к отростку.

Дорсоглютеальный участок

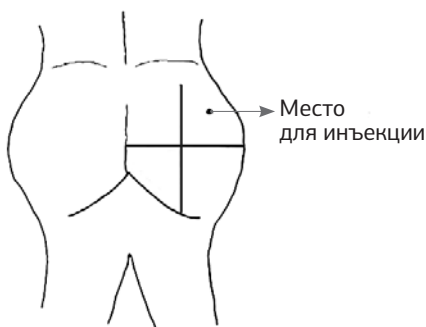


Рис. 25. Определение дорсоглютеального участка для внутримышечных инъекций

Вводите инъекцию выше и снаружи по линии, проведенной от задней верхней подвздошной кости до большого вертела бедренной кости. Или разделите ягодицу на 4 квадранта и введите инъекцию в верхний внешний квадрант примерно на 2–3 дюйма (5–7,6 см) ниже гребня подвздошной кости. Вставьте иглу под углом 90 градусов.

Вентроглютеальный участок

Это наиболее безопасное место для внутримышечной инъекции, поскольку здесь нет крупных кровеносных сосудов и нервов [32]. Чтобы определить местонахождение участка, посоветуйте пациенту принять боковое положение. Если медсестра правша, голова пациента должна находиться по правую руку от медсестры; если медсестра левша, голова пациента должна находиться по левую руку от медсестры. Поместите основание большого пальца на большой вертел бедренной кости, а кончик указательного пальца — на передний верхний гребень подвздошной кости. Затем сделайте V-образную форму указательным пальцем. Сделайте инъекцию в середину между суставами указательного и среднего пальца. Инъекция проводится в среднюю ягодичную мышцу.

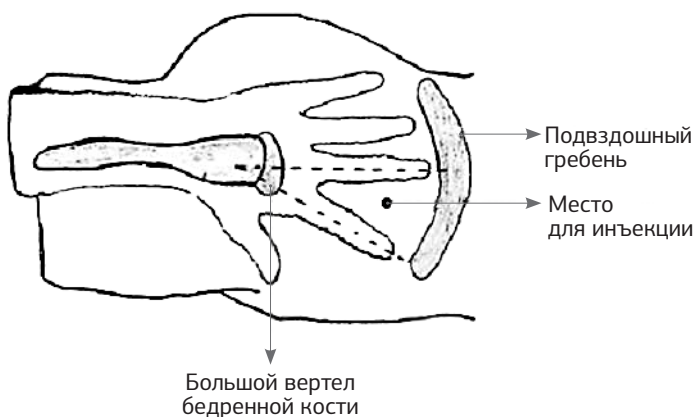


Рис. 26. Определение вентроглютеального участка для внутримышечной инъекции

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепь перекрёстного заражения
2	Соберите оборудование, необходимое для процедуры	Организованность способствует высокому качеству выполнения процедуры
3	Проверьте назначения врача и имя пациента	Чтобы предотвратить неправильное введение
4	Также узнайте, давались ли какие-либо лекарства до прибытия бригады по уходу на дому	Для предотвращения передозировки и взаимодействия лекарственных средств
5	Объясните процедуру пациенту	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество
Загрузка шприца из флакона		
6	Чтобы облегчить извлечение препарата из флакона, пока игла накрыта колпачком, оттяните поршень шприца пока он не достигнет желаемого уровня наполнения препаратом. Это действие заполняет шприц воздухом [33]	Введение воздуха во флакон изменяет уровень давления и облегчает извлечение лекарства из флакона
7	Втяните воздух во флакон через резиновую пробку	
8	Медленно извлекайте лекарство из флакона, удерживая флакон вверх дном Предупреждение для медсестры: а. Убедитесь, что игла закрыта колпачком при втягивании воздуха в шприц б. Не забудьте очистить резиновую пробку флакона спиртовым тампоном	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
Извлечение лекарства из ампулы		
9	Вскрытие ампулы. Проверьте, есть ли на шейке ампулы кайма. Если кайма есть, значит, ампула уже с насечками и готова к вскрытию. Если насечек нет, ампулу нужно надпилить пилочкой, перед тем как вскрыть ее	Если на ампуле нет засечек, вскрыть ее становится трудно, и ампула может расколоться во время процесса вскрытия

№	Действие	Объяснение
10	Убедитесь, что лекарство собрано в нижней части, а не в шейке ампулы. Если лекарство собрано в шейке ампулы, осторожно постучите по ней, чтобы лекарство стекло в нижнее отделение	Это предотвращает потерю лекарств при поломке шейки ампулы
11	Накройте шейку ампулы салфеткой или марлей	Это предотвращает травму рук при поломке шейки ампулы
12	Держите ампулу прямо двумя руками: одной рукой — за шейку, а другой — за нижнюю часть, так, чтобы большие пальцы смотрели друг на друга	
13	Надломите шейку ампулы при помощи мягкого и равномерного давления Предупреждение для медсестры: Не применяйте лекарство, если, открывая ампулу, вы ее разбили	
14	Выбросьте горлышко ампулы в одноразовый контейнер для острых предметов	Предотвращает травмы в процессе утилизации отходов
15	Извлеките лекарство из ампулы, удерживая ампулу под углом 45 градусов в одной руке и шприц с иглой — в другой руке. Не забывайте держать ампулу и шприц на уровне глаз	Для обеспечения точности
16	Закройте дверь или воспользуйтесь ширмой	Для обеспечения приватности
17	Помогите пациенту принять удобное положение	Комфорт снижает чувствительность к боли
18	Выберите подходящий участок для введения, используя анатомические ориентиры	Введение инъекции в соответствии с правильными анатомическими ориентирами и снижение риска повреждения нерва

№	Действие	Объяснение
	Предупреждение для медсестры: Убедитесь в области введения нет болезненности, шишек и узелковых утолщений	Наличие узелков или шишек может указывать на повторные инъекции в одно место, где абсорбция может быть недостаточной, что может вызывать сильную боль
	Предупреждение для медсестры: Не забудьте заменить иглу, которая использовалась для извлечения лекарства	Игла затупляется во время набора лекарства и может усилить боль, если опять использовать ее для инъекции
19	Очистите место инъекции спиртовым тампоном круговыми движениями. Начиная с места инъекции и уходя круговыми движениями примерно на 5 см	Круговое движение в направлении от места инъекции удаляет болезнетворные микроорганизмы и загрязняющие вещества с места инъекции
20	Дайте этому месту высохнуть	Спирт обеспечивает полную дезинфекцию только после полного высыхания
21	Зажмите тампон со спиртом между пальцами недоминирующей руки	Чтобы мягко надавить после введения инъекции
22	Используя указательный и большой пальцы недоминирующей руки, снимите колпачок с иглы прямо	Снятие колпачка прямо с иглы снижает риск травмирования иглой и отвинчивания иглы от шприца
23	В месте инъекции раздвиньте кожу указательным и большим пальцами недоминирующей руки	Это помогает удерживать кожу в натяжении и уменьшает боль при прокалывании
24	Держите шприц в доминирующей руке, как карандаш	Обеспечивает хорошее сцепление
25	Быстро введите иглу через тугую кожу под углом 90 градусов	Быстрое введение менее болезненно, а направление иглы под углом 90 градусов гарантирует, что игла достигнет мышцы
26	Указательным и большим пальцами недоминирующей руки поддерживайте ступицу иглы, сохраняя ее устойчивость	Обеспечивает дополнительную поддержку при нажатии на поршень шприца

№	Действие	Объяснение
27	Осторожно выдвиньте поршень и посмотрите, нет ли в шприце крови. Если кровь всасывается в шприц вытащите иглу, быстро утилизируйте шприц, иглу и препарат и подготовьтесь к новому введению в другое место	Попадание крови в шприц указывает на то, что игла попала в кровеносный сосуд Лекарства, загрязненные кровью, не следует использовать повторно, так как кровь мешает всасыванию
28	Если при выдвигании поршня крови в шприце не появляется, осторожно введите лекарство, нажимая на поршень со скоростью 1 мл/10 секунд [31]	Медленное и равномерное введение минимизирует боль, возникающую при введении лекарства в мышцу
29	Быстро извлеките иглу под тем же углом, под которым вы ее вводили, и быстро накройте пораженное место тампоном со спиртом	Быстрое удаление иглы под тем же углом минимизирует боль
30	Осторожно помассируйте участок, если нет противопоказаний	Массаж может способствовать абсорбции, но энергичное массирование может вызвать боль и раздражение
Утилизация шприца и иглы		
31	Не закрывайте иглу	Большинство травм от укола иглой происходит во время надавливания колпачка на иглу
32	Выбросьте иглу в контейнер с защитой от проколов, а шприц — в соответствующий контейнер	
33	Помогите пациенту принять удобное положение и наблюдайте за любой побочной реакцией	Наблюдение за побочной реакцией помогает в раннем выявлении и в своевременном лечении
34	Снимите перчатки и обработайте руки	Чтобы разорвать цепь перекрёстного заражения
35	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
	Задokumentируйте следующее: 1) название препарата; 2) доза препарата; 3) способ введения; 4) дата и время введения	Документирование обеспечивает непрерывность лечения

Выполнение внутривенной инъекции

Определение:

Внутривенная инъекция — это процесс введения лекарства непосредственно в вену. Внутривенная инъекция быстро распространяется в системном кровотоке.

Цель:

- Лечение симптомов

Необходимое оборудование:

1. Стерильный шприц [1].
2. Стерильная игла подходящего размера (обычно используется игла 20 G [2]).
3. Спиртовые тампоны.
4. Одноразовый контейнер с защитой от проколов [1].
5. Резак для ампул, если есть [1].
6. Стальной лоток [1].
7. Одноразовые перчатки [1].

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепь перекрёстного заражения
2	Соберите оборудование, необходимое для процедуры	Организованность способствует высокому качеству выполнения процедуры
3	Проверьте назначения врача и имя пациента	Чтобы предотвратить неправильное введение
4	Также узнайте, давались ли какие-либо лекарства до прибытия бригады по уходу на дому	Для предотвращения передозировки и взаимодействия лекарственных средств
5	Объясните процедуру пациенту	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество

№	Действие	Объяснение
Загрузка шприца из флакона		
6	Чтобы облегчить извлечение препарата из флакона, пока игла накрыта колпачком, оттяните поршень шприца, пока он не достигнет желаемого уровня наполнения препаратом. Это действие заполняет шприц воздухом [33]	Введение воздуха во флакон изменяет уровень давления и облегчает извлечение лекарства из флакона
7	Втяните воздух во флакон через резиновую пробку	
8	Медленно извлекайте лекарство из флакона, удерживая флакон вверх дном Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что игла закрыта колпачком при втягивании воздуха в шприц Не забудьте очистить резиновую пробку флакона спиртовым тампоном.	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
Извлечение лекарства из ампулы		
9	Вскрытие ампулы. Проверьте, есть ли на шейке ампулы кайма. Если кайма есть, значит, ампула уже с насечками и готова к вскрытию. Если насечек нет, ампулу нужно надпилить пилочкой, перед тем как вскрыть ее	Если на ампуле нет засечек, вскрыть ее становится трудно, и ампула может расколоться во время процесса вскрытия
10	Убедитесь, что лекарство собрано в нижней части, а не в шейке ампулы. Если лекарство собрано в шейке ампулы, осторожно постучите по ней, чтобы лекарство стекло в нижнее отделение	Это предотвращает потерю лекарств при разломе шейки ампулы
11	Накройте шейку ампулы салфеткой или марлей	Это предотвращает травму рук при поломке шейки ампулы
12	Держите ампулу прямо двумя руками: одной рукой — за шейку, а другой — за нижнюю часть так, чтобы большие пальцы смотрели друг на друга	
13	Надломите шейку ампулы при помощи мягкого и равномерного давления	

№	Действие	Объяснение
14	Предупреждение для медсестры: Не применяйте лекарство, если, открывая ампулу, вы ее разбили	Когда ампула разбивается, лекарство перестает быть стерильным
15	Выбросьте горлышко ампулы в одноразовый контейнер для острых предметов	Предотвращает травмы в процессе утилизации отходов
16	Извлеките лекарство из ампулы, удерживая ампулу под углом 45 градусов в одной руке и шприц с иглой в другой руке. Не забывайте держать ампулу и шприц на уровне глаз.	Чтобы обеспечить точность
17	Замените иглу шприца после введения лекарства	Игла затупляется в процессе вывода лекарства и может усилить боль, если опять использовать ее для инъекции
18	Закройте дверь или воспользуйтесь ширмой	Для обеспечения приватности
19	Соберите все необходимые предметы (шприц с инъекцией и иглой, жгут, спиртовой тампон) и наденьте одноразовую перчатку	Подготовка оборудования способствует качественной работе
20	Помогите пациенту принять удобное положение. Положение лежа на спине идеально подходит для внутривенной инъекции	Пациент может удобно лечь в положение лежа на спине, а также легко оценить состояние вен в положении лежа на спине
Определение подходящей вены		
21	Завяжите жгут выше локтевого сустава и посоветуйте пациенту сжать кулак	Наложение жгута блокирует венозный возврат, тем самым расширяя вены
22	Пальпируйте вены	Сжав кулак, мы сжимаем мышцы предплечья, что, в свою очередь, перекачивает кровь в вены

№	Действие	Объяснение
23	Если вену нельзя нащупать и увидеть, сделайте следующее: а) используйте фонарик для лучшей видимости (если вена четко не идентифицирована); б) осторожно коснитесь вены (если вена четко не определяется); в) освободите жгут, попросите пациента опустить руку ниже уровня сердца и повторно наложите жгут над предполагаемой веной, чтобы облегчить ее растяжение (если вена четко не определена); г) снимите жгут и наложите на вену теплый влажный компресс на 10–15 минут	Все эти действия заставляют вены расширяться, делая их более заметными
24	Наденьте перчатки	Вероятность контакта с биологическими жидкостями тела выше при внутривенной инъекции
25	Очистите участок спиртовым тампоном круговыми движениями изнутри наружу	Очистите круговыми движениями изнутри наружу, удалите загрязнения с места инъекции
26	Дайте ему высохнуть.	Дезинфекция завершается только после высыхания спирта
27	Зажмите тампон со спиртом в недоминирующей руке между пальцами	Чтобы мягко надавить после введения инъекции
28	Возьмите шприц с лекарством доминирующей рукой, снимите колпачок прямо с иглы недоминирующей рукой	Вытягивание иглы прямо со стержня иглы снижает риск травм от укола иглой
29	Недоминирующей рукой потяните кожу вокруг вены вертикально или горизонтально	Сделать кожу тугой и натянутой, чтобы вена не ускользнула во время укола
30	Осторожно введите иглу под углом 30 градусов [33] через кожу вдоль длинной оси вены так, чтобы скос иглы был направлен вверх. Когда игла продвигается в вену, можно почувствовать отсутствие сопротивления. На этом этапе вытащите поршень и убедитесь, что кровь течет обратно	Когда кровь набирается в шприц, можно быть уверенными, что игла находится внутри вены

№	Действие	Объяснение
31	Если при выдвигании поршня наблюдается обратный ток крови, осторожно введите лекарство в вену. Скорость, с которой следует вводить лекарство, зависит от типа лекарства. (Если нет обратного потока крови при изъятии, удалите иглу, еще раз правильно войдите в ту же вену и повторите процедуру или попробуйте другое место.)	
32	Быстро извлеките иглу по направлению введения и закройте место прокола тампоном со спиртом	Если вы потянете иглу по направлению введения, это предотвратит дополнительные боль и травмы
33	Зажмите место инъекции на 10 минут	Покрытие места прокола спиртовым тампоном предотвращает кровотечение
Утилизация шприца и иглы		
34	Не закрывайте иглу	Большинство травм от укола иглой происходит во время надавливания колпачка на иглу
35	Выбросьте иглу в контейнер, защищенный от проколов, а шприц — в соответствующий контейнер	
36	Помогите пациенту принять удобное положение и наблюдайте за любой его побочной реакцией	Наблюдение за побочной реакцией помогает в раннем выявлении и в своевременном лечении
37	Снимите перчатки и обработайте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
38	Задokumentируйте следующее: 1) название препарата; 2) доза препарата; 3) способ введения; 4) дата и время введения	Документирование обеспечивает непрерывность лечения

Выполнение подкожной инъекции

Определение:

Процесс введения лекарства в жировой подкожный слой.

Цель:

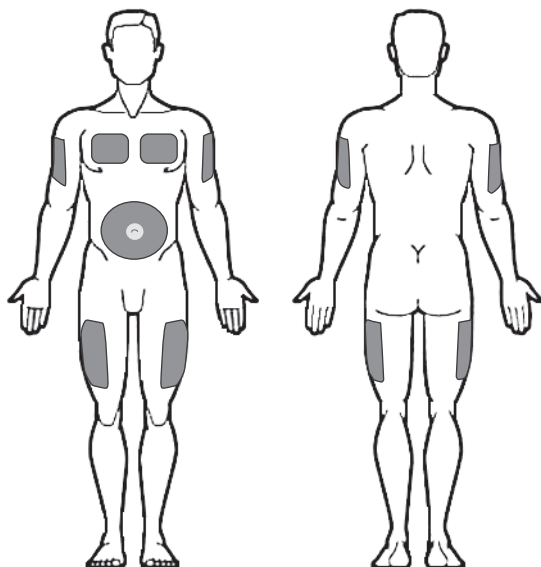
- Для обеспечения медленной и устойчивой абсорбции, что приводит к устойчивому действию лекарства.

Требуемое оборудование [33]:

1. Стерильный шприц 2 мл или 1 мл [1].
2. Стерильная игла подходящего размера: для инъекций — игла 25 G [1], для изъятия — игла 20 или 21 G [1].
3. Спиртовые тампоны.
4. Одноразовый контейнер с защитой от проколов [1].
5. Резак для ампул, если есть [1].
6. Стальной лоток [1].
7. Одноразовые перчатки [1].

Места для подкожной инъекции:

1. Наружная часть плеча.
2. В брюшной полости, выше линии талии и ниже края ребра, за исключением пупка и дюйма вокруг пупка. Абсорбция в этом месте происходит быстрее, чем в других местах.
3. Посередине между верхней и нижней частью бедра, по направлению к боковой стороне. На этом месте абсорбция происходит медленнее, чем в плече.



А. Вид спереди

В. Вид сзади

Рис. 27. Места для подкожных инъекций

Препараты, которых следует избегать при подкожных инъекциях:

1. Прометазин.
2. Хлорпромазин.
3. Хлорид калия.
4. Глюконат кальция.
5. Фенитоин.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепь перекрёстного заражения
2	Соберите оборудование, необходимое для процедуры	Организованность способствует высокому качеству выполнения процедуры
3	Проверьте назначения врача и имя пациента	Чтобы предотвратить неправильное введение
4	Также узнайте, давались ли какие-либо лекарства до прибытия бригады по уходу на дому	Для предотвращения передозировки и взаимодействия лекарственных средств
5	Объясните процедуру пациенту	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество
Загрузка шприца из флакона		
6	Чтобы облегчить извлечение препарата из флакона, пока игла накрыта колпачком, оттяните поршень шприца, пока он не достигнет желаемого уровня наполнения препаратом. Это действие заполняет шприц воздухом [33]	Введение воздуха во флакон изменяет уровень давления и облегчает извлечение лекарства из флакона
7	Втяните воздух во флакон через резиновую пробку	
8	Медленно извлекайте лекарство из флакона, удерживая флакон вверх дном	
9	Предупреждение для медсестры: Не забудьте очистить резиновую пробку флакона спиртовым тампоном	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
Извлечение лекарства из ампулы		
10	Вскрытие ампулы. Проверьте, есть ли на шейке ампулы кайма. Если кайма есть, значит, ампула уже с насечками и готова к вскрытию. Если насечек нет, ампулу нужно надпилить пилочкой, перед тем как вскрыть ее	Если на ампуле нет засечек, вскрыть ее становится трудно, и ампула может расколоться во время процесса вскрытия
11	Убедитесь, что лекарство собрано в нижней части, а не в шейке ампулы. Если лекарство собрано в шейке ампулы, осторожно постучите по ней, чтобы лекарство стекло в нижнее отделение	Это предотвращает потерю лекарств при разломе шейки ампулы

№	Действие	Объяснение
12	Накройте шейку ампулы салфеткой или марлей	Это предотвращает травму рук при поломке шейки ампулы
13	Держите ампулу прямо двумя руками: одной рукой — за шейку, а другой — за нижнюю часть так, чтобы большие пальцы смотрели друг на друга	
14	Надломите шейку ампулы при помощи мягкого и равномерного давления	
15	Предупреждение для медсестры: Не применяйте лекарство, если, открывая ампулу, вы ее разбили	Когда ампула разбивается, лекарство перестает быть стерильным
16	Выбросьте горлышко ампулы в одноразовый контейнер для острых предметов	Предотвращает травмы в процессе утилизации отходов
17	Извлеките лекарство из ампулы, удерживая ампулу под углом 45 градусов в одной руке и шприц с иглой — в другой руке. Не забывайте держать ампулу и шприц на уровне глаз	Чтобы обеспечить точность
18	Замените иглу шприца после введения лекарства	Игла затупляется в процессе вывода лекарства и может усилить боль, если использовать ее снова для инъекции
19	Закройте дверь или воспользуйтесь ширмой	Для обеспечения приватности
20	Соберите все необходимые предметы (шприц с препаратом и иглой, тампон со спиртом)	Организация оборудования способствует квалифицированному выполнению процедуры
21	Помогите пациенту принять удобное положение. Положение сидя может быть идеальным	Если пациент может принять сидячее положение, можно получить доступ ко всем трем участкам (верхняя внешняя часть руки, живот и бедра)
22	Наденьте перчатки	При парентеральных инъекциях вероятность контакта с биологической жидкостью выше

№	Действие	Объяснение
23	Очистите участок тампоном со спиртом круговыми движениями изнутри наружу	Очистите круговыми движениями изнутри наружу, удалите загрязнения с места инъекции Дезинфекция завершается только после высыхания спирта
24	Дайте спирту высохнуть	
25	Зажмите тампон со спиртом в недоминирующей руке между пальцами	Чтобы мягко надавить после введения инъекции
26	Возьмите шприц с лекарством доминирующей рукой, снимите колпачок с иглы недоминирующей рукой	Снятие колпачка прямо с иглы снижает риск травмирования иглой и отвинчивания иглы от шприца
27	Удерживая шприц доминирующей рукой, как карандаш, сожмите не доминирующую руку и удерживайте кожу в определенном месте	Сжатие и удерживание кожи делают кожу натянутой, что облегчает прокалывание Быстрое введение вызывает меньше боли, чем медленное Забор крови в шприц указывает на то, что игла находится внутри кровеносного сосуда Лекарства, загрязненные кровью, не следует использовать повторно, так как они мешают всасыванию
28	Быстро вставьте иглу под углом от 20 до 30 градусов [33]. Предварительно загруженные инсулиновые иглы длиной от 4 до 6 мм следует вставлять под углом 90 градусов	
29	Осторожно извлеките поршень и посмотрите, нет ли в шприце крови. Если кровь всасывается в шприц, выгашите иглу, быстро выбросьте шприц, иглу и лекарство и подготовьтесь к новому введению в другом месте	
30	Если при извлечении поршня в шприце не появляется кровь, осторожно введите лекарство, давя на поршень со скоростью от 30 секунд до 2 минут [33]	Медленное и равномерное введение сводит к минимуму боль, возникающую при введении лекарства в мышцу
31	Быстро извлеките иглу под тем же углом, под которым вводили, и быстро накройте пораженное место тампоном со спиртом	Быстрое удаление иглы под тем же углом сводит боль к минимуму
32	Предупреждение для медсестры: Не массируйте место инъекции.	Массаж участка способствует быстрому впитыванию, что не является целью подкожного введения

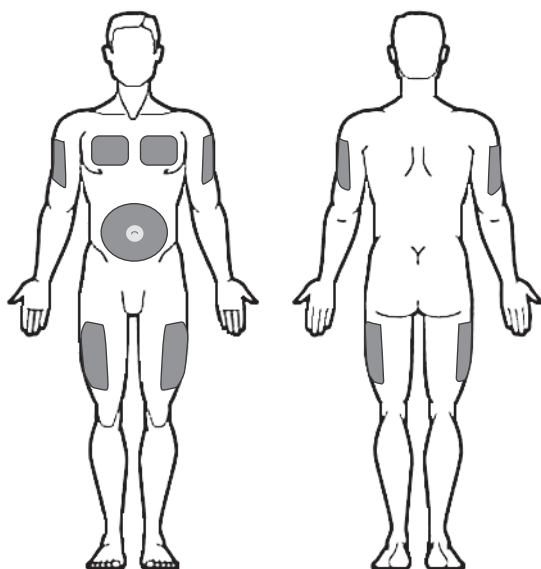
№	Действие	Объяснение
Утилизация шприца и иглы		
33	Не закрывайте иглу колпачком	Большинство травм от укола иглой происходит во время закрытия иглы
34	Утилизируйте иглу в контейнер, защищенный от проколов, а шприц — в соответствующий контейнер	
35	Помогите пациенту принять удобное положение и наблюдайте за любой неблагоприятной реакцией	Наблюдение за неблагоприятной реакцией способствует раннему выявлению и своевременному лечению
36	Снимите перчатки и обработайте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
37	Задokumentируйте следующее: 1) название лекарства; 2) доза лекарства; 3) способ применения; 4) дата и время введения	Документирование обеспечивает непрерывность лечения

Подкожные инъекции

Установка иглы-«бабочки» для подкожных инъекций и инфузий:

Иглы-«бабочки» используются для периодического подкожного введения лекарств и непрерывных подкожных инфузий (CSCI). Их можно размещать и использовать в домашних условиях. Поскольку они относительно безопасны и просты в использовании, подкожные иглы могут быть размещены в условиях домашнего ухода [34], и можно обучить члена семьи проведению подкожных инъекций.

Место введения:



А. Вид спереди

В. Вид сзади

Рис. 28. Места для подкожных инъекций

Как выбрать подходящее место для подкожной инфузии [34, 35]:

- На участке должна быть хорошая глубина подкожно-жировой клетчатки.
- Больше подходят места, к которым легко получить доступ, например грудная клетка и живот.
- Избегайте выступов костей и участков, близких к суставам.
- Регулярно меняйте место.
- Подкожная игла может оставаться на одном месте не более 7 дней.

Подкожная инфузия противопоказана в следующих местах:

- Участки с лимфедемой.
- Участки с точечным отеком.
- Тяжелое нарушение свертываемости крови.
- Участки с поврежденной кожей.
- Участки с недавним облучением.
- Кожная складка.

Объем и скорость инфузии [34, 35]:

- Скорость инфузии должна составлять 1 мл / мин при 24-часовой инфузии.
- Максимум 1500 мл можно вводить в течение 24 часов в одном месте.
- Для болюсной инфузии можно вводить 500 мл/2 часа 3 раза в день.
- Если 24-часовая инфузия невозможна, можно дать 1000 мл/8 часов.
- Если лекарства вводятся через подкожный катетер, за один раз следует вводить не более 2 мл с последующим промыванием 0,5 мл физиологического раствора.
- Если необходимо ввести более 2 мл, используйте разные места.
- Если необходимо ввести больше, чем один препарат, подождите 20–30 минут, прежде чем вводить второй препарат.

Необходимо проявлять осторожность:

Побочные эффекты и нежелательные явления после подкожной терапии редки. Ниже приведены признаки, на которые следует обратить внимание:

- покраснение;
- опухание;

- чувствительность;
- боль;
- горячая поверхность.

Необходимое оборудование:

1. Набор для инфузии «бабочка» (калибр 23) или канюля 26 G IV.
2. Стерильный шприц объемом 2 мл с физиологическим раствором.
3. Спиртовая протирка.
4. Инъекционный лоток.
5. Почкообразный лоток.
6. Одноразовые перчатки.
7. Водостойкая клейкая лента.
8. Препарат для подкожного введения.
9. Раствор для подкожных инфузий.
10. Внутривенная трубка (для инфузии).

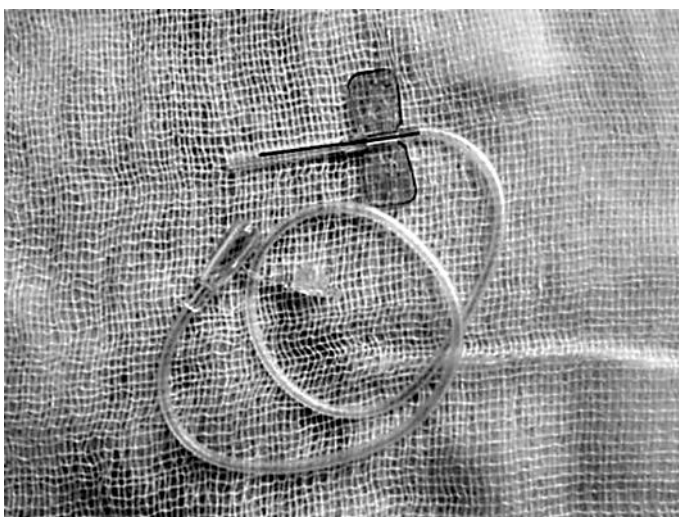


Рис. 29. Набор «вена скальпа» («бабочка») для подкожных инфузий

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Разрывает цепочку перекрёстного заражения
2	Соберите оборудование, необходимое для процедуры	Организованность способствует высокому качеству выполнения процедуры
3	Объясните процедуру пациенту	Снимает беспокойство Обеспечивает сотрудничество
4	Соберите необходимые предметы (набор для инфузий «бабочка», шприц, наполненный физраствором, спиртовой тампон и препарат для инфузии)	Организация оборудования способствует качественному выполнению процедуры
5	Наденьте перчатки	Вероятность контакта с биологической жидкостью выше при парентеральных инъекциях
6	Заполняйте набор для инфузий «бабочка» физиологическим раствором до тех пор, пока физиологический раствор не начнет вытекать через снос иглы. Держите шприц подключенным к набору для инфузий «бабочка»	Чтобы выпустить воздух из набора для инфузий
7	Помогите пациенту принять удобное положение. Идеальное положение зависит от места размещения катетера	Если пациент может принять сидячее положение, можно получить доступ ко всем трем участкам (верхняя внешняя часть руки, грудь и бедра)
8	Очистите область спиртовым тампоном круговыми движениями изнутри наружу	Очистка круговыми движениями изнутри наружу удаляет загрязнения от места инъекции
9	Дайте спирту высохнуть	Дезинфекция является полной только после высыхания спирта
10	Возьмите набор для инфузий «бабочка» и удерживайте иглу за крылья доминирующей рукой, снимите колпачок с иглы недоминирующей рукой прямо	Прямое снятие колпачка с иглы снижает риск травм от укола иглой
11	Убедитесь, что снос иглы направлен вверх	

№	Действие	Объяснение
12	Зажмите кожу недоминирующей рукой и быстро введите иглу под углом от 20 до 30 градусов	
13	Ослабьте зажим и прижмите иглу к коже недоминирующей рукой	
14	Осторожно извлеките поршень и проверьте, нет ли крови в трубке. Если кровь всасывается в трубку, извлеките иглу, быстро выбросьте набор и подготовьтесь к новому введению в другое место	Появление крови в шприце указывает на то, что игла находится внутри кровеносного сосуда
15	Если кровь не появляется в трубке, закрепите иглу водостойкой липкой лентой	Медленное и равномерное введение минимизирует боль, возникающую при введении лекарства в мышцу
16	Зажмите трубку, извлеките шприц и закройте крышку набора для инфузий «бабочка»	Для предотвращения попадания воздуха
17	Закрепите трубку на коже липкой лентой	Для предотвращения случайного удаления
Введение препарата		
18	Подготовьте препарат для введения	
19	За 1 раз можно ввести только 2 мл. Если требуется ввести больше, чем 1 препарат, выберите другое место или подождите 20–30 минут и вводите второй препарат	Для предотвращения местного раздражения и воспаления кожи
20	Зажмите трубку и откройте колпачок	
21	Очистите колпачок и дистальный конец подкожного катетера спиртовой салфеткой и дайте ему высохнуть перед введением лекарства через трубку	Чтобы обеззаразить место
22	Присоедините шприц с лекарством и осторожно нажимайте на лекарство в течение 30 секунд — 2 минут	Для предотвращения попадания воздуха
23	Промойте катетер 0,5 мл физиологического раствора	Промывание гарантирует, что весь объем лекарства достигнет подкожного пространства для всасывания
24	После введения лекарства зажмите трубку, отсоедините шприц и закройте колпачок	Предотвращает попадание воздуха

№	Действие	Объяснение
Проведение непрерывной инфузии		
25	Убедитесь, что в инфузионном наборе не осталось воздуха	Чтобы предотвратить попадание воздуха
26	Очистите колпачок и дистальный конец подкожного катетера, прежде чем вводить препарат через катетер	Для обеззараживания
27	Зажмите катетер и откройте колпачок, присоедините инфузионный катетер к подкожному набору	Чтобы предотвратить попадание воздуха
28	Титрируйте инфузию с прописанной скоростью	
29	Когда инфузия будет почти завершена, остановите поток и зажмите подкожный катетер, удалите катетер с инфузией из подкожного набора	
30	Закройте колпачок подкожного катетера	
31	Снимите перчатки и обработайте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
	Задokumentируйте следующее: 1) укажите препарат/инфузию; 2) доза препарата или объем и скорость инфузии; 3) дата и время введения	Документирование обеспечивает непрерывность лечения

Инструкции для членов семьи после установки подкожной иглы

1. Шишки под кожей являются нормальным явлением после введения подкожных инъекций. Эти шишки исчезнут в течение нескольких минут или часов.
2. Отек после подкожной инфузии — нормальное явление. Эта припухлость исчезнет сама по себе в течение нескольких часов.
3. Лекарства, которые хранятся в холодильнике, перед введением следует нагреть до комнатной температуры.

4. Перед введением подкожной инъекции через подкожный катетер проверьте область на предмет покраснения, локального повышения температуры, отека и болезненности. Если область покраснела, стала теплой, опухшей или болезненной, не вводите лекарство и немедленно вызовите медсестру по уходу на дому.
5. Если место подкожного катетера покрыто водонепроницаемой повязкой, пациенту можно принять ванну, но следует соблюдать осторожность, чтобы не слишком сильно манипулировать катетером.
7. Если невозможно воспользоваться водонепроницаемой повязкой, во время принятия ванны защитите место установки иглы абсорбирующими прокладками и водонепроницаемыми пластиковыми пакетами. В этих ситуациях предпочтительнее проводить гигиенические процедуры в кровати.

Гипогликемия и ее лечение

Определение: гипогликемия определяется как уровень сахара в крови <70 мг/дл [36].

Гипогликемия также определяется как снижение уровня сахара в крови или как поглощение его тканями, что приводит к очевидным признакам или симптомам, которые включают изменение психического статуса и/или стимуляцию симпатической нервной системы [37]. Очень важно иметь в виду, что снижение уровня сахара в крови, при котором у человека проявляются симптомы, может очень отличаться. Но общее понимание таково, что у людей, не страдающих диабетом, нейроэндокринный механизм запускается, когда уровень сахара в крови опускается ниже 70 мг/дл. Но у пациентов с диабетом этот механизм может быть нарушен, поэтому они могут испытывать гипогликемию, даже не осознавая этого [36].

Классификация гипогликемии [36]:

Гипогликемия 1-го уровня:

Характеризуется уровнем сахара в крови ниже 70 мг/дл, но выше 54 мг/дл.

Гипогликемия 2-го уровня:

Характеризуется уровнем сахара в крови ниже 54 мг/дл. Это клинически значимая гипогликемия, при которой начинают проявляться нейрогликопенические симптомы. На этой стадии следует немедленно лечить гипогликемию, иначе пациент может впасть в кому.

Гипогликемия 3-го уровня:

Это тяжелая форма гипогликемии, которая характеризуется измененными умственными и/или физическими функциями, что требует помощи другого человека для выздоровления.

Признаки и симптомы гипогликемии:

Признаки и симптомы гипогликемии широко классифицируются как вегетативные и нейрогликопенические.

Вегетативные симптомы:

- Тремор/дрожь.
- Беспокойство.
- Возбуждение.
- Потливость.
- Голод.
- Парестезия/покалывание.
- Сильное сердцебиение.

Симптомы нейрогликопении:

- Когнитивные нарушения (трудности с концентрацией внимания, спутанность сознания).
- Сонливость.
- Слабость.
- Визуальные изменения.
- Головная боль.
- Головокружение.
- Эпилептические приступы.
- Кома.

Оценка гипогликемии

История:

Поскольку наиболее частой причиной гипогликемии являются ятрогенные факторы [37], должна быть проверена история использования инсулина и других пероральных гипогликемических средств. В дополнение к гипогликемическим средствам следует оценить добавление других, новых препаратов.

- Пациент страдает диабетом? Если да, то
 - пациент принимает инсулин или другие пероральные гипогликемические агенты?
 - когда в последний раз вводили инсулин и/или другие пероральные гипогликемические средства?
- Когда был последний прием пищи? Какая была последняя еда? Какая часть последнего приема пищи была фактически съедена?
- Добавляются ли к рецепту какие-либо новые лекарства?
- Состояние почек и печени.
- Употребление алкоголя.
- Есть ли в настоящее время какие-либо инфекции?

Физикальное обследование:

Физикальное обследование начинается с оценки жизненно важных функций. Во время гипогликемии изменения жизненно важных признаков включают:

- тахикардию;
- тахипноэ;
- гипотермию;
- гипер/гипотензию.

Другие признаки включают:

- потливость;
- потерю координации;
- спутанность сознания;
- признаки обезвоживания со снижением тургора кожи;
- усталость;
- беспокойство.

В некоторых случаях это также может привести к судорогам и коме.

Лабораторное обследование:

В условиях ухода на дому определение уровня глюкозы в крови возможно с использованием глюкозных полосок в качестве наиболее идеального теста для определения гипогликемии. Вывод должен быть соотнесен с анамнезом и физическим осмотром.

Лечение при гипогликемии [36, 37]:

Лечение гипогликемии следует начинать незамедлительно, поскольку мозг зависит от глюкозы как основного источника энергии. Задержка с коррекцией гипогликемии может привести к неврологическому дефициту, к судорогам, к аритмиям и — в редких случаях, к смерти.

Уровень сахара в крови 70 мг/дл является пороговым значением для запуска реакции на лечение. План лечения зависит от способности пациента сотрудничать.

Если пациент может есть:

Дайте 30 г глюкозы перорально (2 столовые ложки). Если глюкоза недоступна, можно дать сахар, который есть дома. После этого следует поесть или перекусить. Некоторые сложные углеводы, которые можно давать:

- 1 стакан фруктового сока;
- 1 ломтик хлеба;
- 1 стакан молока;
- 2–3 печенья.

Если пациент не может есть:

Установите внутривенный доступ и введите 20 мл 50%-ной декстрозы; если она недоступна, то введите 40 мл 25%-ной декстрозы. После этого следует вводить 5%-ную или 10%-ную декстрозу со скоростью 100 см³/ч до тех пор, пока состояние пациента не станет стабильным.

Проверяйте уровень сахара в крови каждые 30 минут, пока он не станет >100 мг/дл.

Как только уровень сахара в крови достигнет 100 мг/дл, определите причину гипогликемии и измените план лечения после обсуждения с врачом.

После перорального и внутривенного введения глюкозы следует посоветовать пациенту принять пищу или перекусить, чтобы предотвратить рецидив гипогликемии.

ЗАБОТА О ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЕ ПАЦИЕНТА

Уход за полостью рта, или Оральный уход

Определение: это процесс очищения полости рта, языка, зубов и десен.

Цель:

1. Поддержание гигиены.
2. Убрать остатки пищи.
3. Обеспечить освежение.
4. Для предотвращения заражения.
5. Предотвращение и лечение сухости и неприятного запаха изо рта.
6. Способствовать ощущению благополучия.

Частота ухода за полостью рта:

Частота ухода за полостью рта зависит от состояния пациентов.

- Здоровым людям требуется чистка зубов только 2 раза в день.
- Если пациент прикован к постели и имеет низкий риск развития проблем с ротовой полостью, достаточно ухода за полостью рта каждые 4–6 часов.
- Пациентам с проблемами полости рта требуется уход за полостью рта каждые 2 часа.
- Пациентам, дышащим через рот, может потребоваться ежечасный уход за полостью рта.

Необходимое оборудование:

Поднос, содержащий:

- 1) воду или физиологический раствор в миске или зубную пасту или раствор хлоргексидина/другие средства;
- 2) зубную щетку или артериальные зажимы, очиститель языка;
- 3) кусок марли, если используются артериальные щипцы;
- 4) почкообразный лоток;
- 5) одноразовый контейнер;
- 6) прорезиненная тряпка;
- 7) полотенце для груди;
- 8) депрессор языка.

Средства для чистки полости рта:

Выбор средства для ухода за полостью рта зависит от цели ухода.

Средство	Преимущества	Недостатки
Чистая вода	Может освежить Легко доступна Идеальна для полоскания и увлажнения рта	Свежесть длится недолго Не дает антибактериального эффекта
Обычный физиологический раствор	Может освежить Может быть изготовлен в домашних условиях	Очень малый антибактериальный эффект Пациенту может быть неприятен вкус Может вызывать сухость
Физраствор с лаймом	Может освежить Может быть изготовлен в домашних условиях Стимулирует слюнную секрецию	Пациенту может быть неприятен вкус

Средство	Преимущества	Недостатки
Зубная паста	Может дать освежение, которое продлится дольше Эффективно удаляет зубной налет и остатки пищи	Может вызывать боль при наличии язв в полости рта Может вызвать сухость, если не прополоскать должным образом
Раствор бикарбоната натрия	Повышает уровень pH в полости рта, подавляя рост бактерий [38] Ослабляет зубной налет и разжижает густую слюнь	Нет
Раствор хлоргексидина	Эффективное бактерицидное действие Наиболее эффективен при удалении налета и остатков пищи [16]	Может вызывать сильное жжение при наличии язв в полости рта Дорогостоящий
Раствор метронидазола	Обладает очень хорошим антимикробным действием, особенно в отношении анаэробов	Раствор очень горький

Перед началом ухода за полостью рта следует учитывать

Если у пациента есть болезненные язвы во рту, перед уходом за полостью рта следует назначить анальгетики.

Уход за полостью рта для пациентов, которые сами следят за собой

№	Действие	Объяснение
1	Объясните пациенту важность ухода за полостью рта	Чтобы обеспечить соблюдение ухода за полостью рта
2	Разместите все предметы рядом с пациентом (зубную пасту, зубную щетку, воду в кувшине, маленькую прорезиненную тряпку, почкообразный лоток) <i>Примечание. Если пациент не может использовать зубную пасту или зубную щетку, могут быть использованы другие очищающие средства</i>	Правильная организация предметов помогает грамотно выполнить процедуру
3	Помогите пациенту сидеть прямо	Положение сидя прямо во время ухода за полостью рта снижает риск аспирации
4	Поместите прорезиненную тряпку под подбородок пациента, закрывая шею и грудь, и положите небольшое полотенце поверх прорезиненной тряпки	Чтобы избежать намочания одежды пациента
5	Обеспечьте пациенту воду и порекомендуйте, как следует прополоскать рот. Соберите жидкость в почкообразный лоток	Чтобы омыть и смочить оральную полость до чистки зубов
6	Нанесите зубную пасту на зубную щетку, передайте щетку пациенту	Горизонтальная чистка зубов удаляет зубной налет из межзубных промежутков
7	Научите пациента чистить зубы вертикально (вверх и вниз), а не из стороны в сторону	
8	Посоветуйте пациенту чистить переднюю часть зубов, заднюю часть зубов и верхнюю часть зубов	Удаляет остатки пищи и налет со всех сторон
9	Соберите жидкость в почкообразный лоток	
10	Подайте пациенту средство для чистки языка и научите его чистить изнутри наружу	Помогает удалить налет с языка

№	Действие	Объяснение
11	После очистки соберите жидкость в почкообразный лоток <i>Примечание. Посоветуйте пациенту быть осторожным во время чистки языка</i>	Чтобы не поранить язык
12	Дайте пациенту воду и посоветуйте ему тщательно прополоскать рот	Неправильное полоскание после чистки может спровоцировать сухость во рту
13	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
14	Задокументируйте результаты осмотра и процедуру	Обеспечивает непрерывность ухода
15	Сообщите врачу об отклонениях от нормы	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение
16	Поощряйте пациента ухаживать за полостью рта 2–4 раза в день [24]	Чтобы содействовать соблюдению режима лечения

Уход за полостью рта для пациентов, которые не могут делать это самостоятельно

№	Действие	Объяснение
1	Объясните пациенту и членам его семьи важность ухода за полостью рта и саму процедуру	Обеспечить соблюдение правил ухода за полостью рта Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой
2	Соберите все предметы рядом с пациентом (артериальные зажимы, кусок марли, воду в чашке, раствор хлоргексидина/другое средство в чашке. Маленькую прорезиненную тряпку, почкообразный лоток)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
3	Наденьте перчатки	Для предотвращения контакта с биологическими жидкостями
4	Помогите пациенту сесть прямо или лечь на бок.	Сидение прямо или положение на боку во время ухода за полостью рта снижает риск аспирации
5	Пациентам без сознания выполнять процедуру нужно в положении на боку Предупреждение для медсестры: Уход за полостью рта нельзя проводить в позиции лежа на спине	Жидкость легко аспирируется в положении лежа на спине, особенно у пациентов без сознания
6	Если пациент находится в сидячем положении, поместите прорезиненную тряпку под подбородок пациента, чтобы закрыть шею и грудь, и положите небольшое полотенце поверх прорезиненной тряпки	Предотвратить загрязнение одежды и простыней пациентов
7	Если пациент находится в положении на боку, поместите прорезиненную тряпку и полотенце под щеку пациента	
8	Смочите кусок марли водой и зажмите его артериальным зажимом. Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что марля надежно удерживается зажимами, чтобы предотвратить соскальзывание при выполнении процедуры. <i>Вниманию медсестер! Никогда не совмещайте пальцы в полость рта пациентов без сознания, так как пациенты без сознания могут кусаться</i>	Чтобы помыть и увлажнить полость рта

№	Действие	Объяснение
9	Используя влажную марлю и щипцы для артерий, осторожно протрите полость рта	
10	Аналогичным образом смочите марлю в растворе хлоргексидина, чтобы очистить зубы по направлению от десны к краю	Очистка от десны до зубов удаляет налет из десен и межзубных промежутков
11	Очистите все стороны: переднюю часть зубов, заднюю часть зубов и верхнюю часть зубов, включая дёсны	Удаляет налет со всех сторон
12	Замените марлю, если она загрязнена	
13	Используя новую марлю, пропитанную раствором хлоргексидина, очистите язык изнутри наружу <i>Примечание. Используйте депрессор языка, если необходимо, и будьте осторожны при чистке языка</i>	Помогает удалить налет с языка Чтобы предотвратить повреждение языка
14	После очистки раствором хлоргексидина еще раз промыть полость рта марлей, смоченной в воде	Для уменьшения раздражения и жжения
15	Загрязненную марлю следует выбросить в одноразовый контейнер	Практиковать отдельный сбор в месте выброса мусора
16	Снимите перчатки и вымойте руки	Разорвать цепочку перекрёстного заражения
17	Задokumentировать результаты осмотра и процедуру	Обеспечивает непрерывность ухода
18	Сообщите врачу об отклонениях от нормы	Чтобы гарантировать, что пациент получает правильное лечение
19	Поощряйте членов семьи регулярно ухаживать за полостью рта	Чтобы содействовать соблюдению режима лечения

Уход за зубными протезами [39, 40]

- Зубные протезы не следует носить постоянно в течение ночи. Постоянное ношение протезов в течение ночи может вызвать стоматит протезов.
- Когда протезы не носят, их следует поместить в воду, чтобы они сохранили свою форму.
- Как и естественные зубы, зубные протезы следует чистить ежедневно, пропитывая их неабразивным средством для чистки зубных протезов и чистя их щеткой.
- После очистки зубного протеза средством для чистки зубных протезов следует тщательно промыть его, перед тем как надеть.
- Когда зубные протезы не чистятся ежедневно, они могут покрыться бактериями и грибами, создающими биопленку, что приводит к повторяющимся проблемам с ротовой полостью.
- Протезы нельзя помещать в горячую воду.
- При чистке внимательно осматривайте протезы на предмет трещин или острых краев.
- Клей для зубных протезов, если он правильно используется, может повысить стабильность и фиксацию. Если для фиксации протеза требуется большое количество клея, необходима консультация стоматолога.
- Если пациент без сознания, зубные протезы следует снять и хранить в промаркированном контейнере с водой.
- Если пациент пользуется зубными протезами, рекомендуется ежегодный осмотр у стоматолога.

Гигиенические процедуры в постели

Определение: процесс мытья тела пациента, который прикован к постели.

Цель:

1. Очищение кожи и соблюдение гигиены.
2. Предотвращение заражения.
3. Улучшение циркуляции.
4. Помочь пациенту освежиться и расслабиться.

Необходимое оборудование:

1. Тазы — 2 штуки (один — для мыльной воды, один — для смывания).
2. Теплая вода.
3. Мыло.
4. Прорезиненная ткань (большая) и полотенце (большое).
5. Простыня для укрывания.
6. Банное полотенце — 2 штуки (одно — для передней части, одно — для задней части).
7. Мочалка [4].
8. Перчатки.
9. Фартук.
10. Увлажняющий лосьон.
11. Расческа.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Проверьте общее состояние пациента	Очень больным пациентам лучше не проводить мытье в постели
2	Объясните процедуру пациенту и его родственникам, осуществляющим уход, и побудите их продолжать ее	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству Чтобы поддержать члена семьи, осуществляющего уход, обеспечение соблюдения процедуры
3	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (2 раковины с теплой водой, мочалки, мыло, полотенце, простыню для накрывания и прорезиненную ткань)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
4	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
5	Убедитесь, что вода комнатной температуры	Чтобы предотвратить травмы
6	Вымойте руки, наденьте перчатки и фартук	Чтобы практиковать «барьерный уход»
7	Поверните пациента на бок и накройте полотенцем одну половину прорезиненной ткани. Переверните пациента на другую сторону и расстелите вторую половину прорезиненной ткани вместе с полотенцем	Предотвратить загрязнение постельного белья и простыней Прорезиненную ткань накрывают полотенцем для поглощения влаги и уменьшения дискомфорта, вызываемого прорезиненной тканью
8	Накройте пациента простыней и снимите с него одежду	Для обеспечения приватности и поддержания тепла

№	Действие	Объяснение
Начните с лица		
9	Смочите тряпку для мытья и протрите глаза пациента от внутреннего угла глаза до внешнего угла глазной щели. Используйте вторую тряпку для другого глаза	При протирании глаза от внешней оболочки глазной щели грязь попадает в глаза, поэтому глаза всегда следует протирать от внутреннего к внешнему уголку глаза
10	Снова смочите все лицо и аккуратно нанесите мыло	
11	Смочите другую тряпку для мытья из второго таза и удалите мыло	
12	Просушите лицо полотенцем	
Мытье верхних конечностей		
13	Обнажите руку до подмышечной впадины Начните с дальней от медсестры руки и смочите ее мочалкой (начиная с кисти, затем предплечье, затем подмышечная впадина)	Направление мытья от более чистых областей к менее чистым областям
14	Нанесите мыло аналогичным образом (уделите особое внимание труднодоступным местам)	
15	Удалите мыло влажной тряпкой из второго таза в том же направлении	
16	Просушите руку полотенцем	
17	Накройте эту открытую руку и повторите процедуру аналогично с другой рукой	
Мытье груди и живота		
18	Обнажите грудь и живот	Грязь обычно собирается внутри пупка, и ее часто игнорируют
19	Намочите грудь и живот до лобкового сочленения при помощи мочалки	
20	Нанесите мыло и обратите внимание на пупок	
21	Удалите мыло влажной мочалкой из второго таза	
22	Обязательно удалите мыло из пупка	
23	Просушите грудь и живот полотенцем	
24	Накройте грудь и живот простыней для укрывания	

№	Действие	Объяснение
Мытье нижних конечностей		
25	Обнажите ногу, дальнюю от медсестры	Грязь обычно собирается в труднодоступных местах
26	Смочите ногу мочалкой: бедро, колено и стопу	
27	Нанесите мыло (уделите особое внимание области между пальцами ног) и удалите мыло с помощью мочалки из второго таза	
28	Просушите ногу и накройте ее	
29	Повторите то же самое с другой ногой	
Мытье паха и промежности		
<u>Женщины:</u>		
30	Поместите ноги в литотомическое положение	Литотомическое положение идеально для осмотра промежности у женщин
31	Укрывной простыней накройте пациента до колен	
32	Намочите паховую область, затем наружную промежность, половые губы и складки кожи	
33	Направление мытья должно быть от лобковой кости к анусу	
34	Нанесите мыло аналогичным образом и удалите мыло влажной мочалкой	
35	Просушите полотенцем	
<u>Мужчины:</u>		
36	Обнажите только промежность	
37	Намочите пах и мошонку	
38	Нанесите мыло, а затем вымойте пах и мошонку	
39	Просушите полотенцем	
40	Поместите махровое полотенце на мошонку и положите ствол пениса на поверхность полотенца	Чтобы защитить уже вымытый участок от загрязнения
41	Держите половой член вертикально и оттяните крайнюю плоть	

№	Действие	Объяснение
42	Очистите головку полового члена от кончика отверстия уретры по направлению к стволу полового члена круговыми движениями влажной марлей	Если вы следуете этому направлению, вы отодвигаете грязь от отверстия уретры
43	Для каждого кругового движения используйте отдельный кусок марли и каждый раз выбрасывайте его после совершения движения	
44	Верните на место крайнюю плоть	
45	Нанесите мыло на ствол пениса	
46	Удалите мыло влажной мочалкой	
47	Просушите пенис	
48	Снимите полотенце с мошонки	
49	Смените воду	К этому времени вода будет грязной и холодной после мытья передней поверхности
Мытье спины и ягодиц		
50	Поверните пациента на бок	
51	Обнажите спину и ягодицы	
52	Смочите заднюю часть тела, начиная с задней части шеи, затем спину, ягодицы, ягодичную складку и, наконец, анус	Когда вы раздвигаете ягодичную складку, это помогает визуализировать анус, а круговые движения обеспечивают эффективное удаление грязи
53	Нанесите мыло аналогичным образом	
54	Не забудьте раздвинуть ягодичную складку и очистить анус круговыми движениями	
55	Удалите мыло влажной тряпкой с шеи, спины, ягодиц, из ягодичной складки и, наконец, из ануса	
56	Просушите аналогичным образом	
57	Нанесите увлажняющие средства на спину	Увлажняющие средства предотвращают сухость кожи
58	Уберите прорезиненную ткань и лежащее поверх него полотенце, переворачивая пациента с одного бока на другой	
59	Положите пациента на спину	
60	Нанесите увлажняющие средства на руки и на ноги	

№	Действие	Объяснение
61	Оденьте пациента	
62	Смените простыню для укрывания	
63	Снимите перчатки и фартук. Вымойте руки	Чтобы прервать цепочку перекрёстного заражения
64	Поощряйте членов семьи, осуществляющих уход, регулярно проводить гигиенические процедуры в постели	Обеспечивает соблюдение режима ухода
65	Задokumentируйте процедуру	Обеспечивает непрерывность лечения

Уход за спиной

Определение: это процесс гигиенического ухода и массажа спины, в котором уделяется особое внимание участкам, подверженным пролежням.

Цель:

1. Для предотвращения пролежней.
2. Для улучшения кровообращения.
3. Для повышения комфорта.
4. Чтобы помочь освежиться и расслабиться.

Необходимое оборудование:

1. Два тазика с теплой водой.
2. 3–4 маленьких полотенца для рук и одно сухое полотенце.
3. Прорезиненная ткань.
4. Большое полотенце.
5. Мыло.
6. Увлажняющий крем.
7. Перчатки.
8. Фартук.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Проверьте общее состояние пациента	Лучше не проводить уход за спиной пациентам в тяжелом состоянии
2	Объясните процедуру пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход, и поощряйте их продолжать практику	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству Чтобы обучить членов семьи, осуществляющих уход, и обеспечить соблюдение режима лечения
3	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (2 таза с теплой водой, полотенца для рук, мыло, сухое полотенце, прорезиненную ткань и большое полотенце)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
4	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
5	Вымойте руки и наденьте перчатки	Чтобы практиковать «барьерный уход»
6	Убедитесь, что вода комнатной температуры	Чтобы предотвратить травмы
7	Наденьте перчатки	Чтобы практиковать «барьерный уход»
8	Поверните пациента на бок и расстелите половину прорезиненной ткани, накрыв ее полотенцем. Поверните пациента на другой бок и расстелите вторую половину прорезиненной ткани вместе с полотенцем	Предотвратить загрязнение постельного белья и простыней Полотенце кладут на прорезиненную ткань, чтобы оно впитывало влагу и чтобы уменьшить дискомфорт, вызываемый прорезиненной тканью

№	Действие	Объяснение
9	Откройте заднюю часть и ягодицы	Чтобы выявить пролежни на ранней стадии Круговые движения массируют мускулы и улучшают циркуляцию
10	Осмотрите спину, особенно точки давления	
11	Смочите спину, начиная с задней части шеи, затем спину и ягодицы	
12	Нанесите мыло аналогичным образом	
13	Нанося мыло, выполняйте круговые движения сверху вниз	
14	Удалите мыло влажной тряпкой с шеи, со спины и с ягодиц	
15	Просушите аналогичным образом	
16	Нанесите увлажняющие средства на спину. При нанесении увлажняющих средств можно проводить массаж длинными или круговыми движениями. (Можно применять другие техники массажа, такие как разминание и похлопывание.) Предупреждение для медсестры: не массируйте уже травмированные участки	При нанесении увлажняющего крема легче проводить массаж Массаж уже травмированного участка вызывает боль и усугубляет травму
17	Снимите прорезиненную ткань и лежащее поверх него полотенце	
18	Накройте спину	
19	Положите пациента на спину	
20	Снимите перчатки и фартук. Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
21	Поощряйте опекунов регулярно проводить гигиену в постели	Обеспечивает соблюдение режима лечения
22	Задokumentируйте процедуру	Обеспечивает непрерывность лечения

Уход за ногтями пальцев рук и ног

Определение: процесс чистки и стрижки ногтей.

Цель:

1. Чтобы ногти оставались чистыми и аккуратными.
2. Для предотвращения травм.
3. Для предотвращения заражения.

Необходимое оборудование:

1. Кусачки (ножницы) для ногтей.
2. Большие чаши [2].
3. Мыльная вода (теплая).
4. Влажные ватные шарики или кусок марли.
5. Перчатки.
6. Прорезиненная ткань.
7. Маленькое полотенце [2].
8. Почкообразный лоток.
9. Маленькая кисть (при необходимости).

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход, и посоветуйте им продолжать практику	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству Помочь членам семьи, осуществляющим уход, и обеспечить соблюдение режима лечения
2	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (2 большие миски с мыльной водой, полотенца для рук, прорезиненную ткань, кусок марли и резак для ногтей)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
3	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность

№	Действие	Объяснение
4	Помогите пациенту принять удобное положение. Процедура может выполняться в сидячем положении, если пациент может сидеть, или в положении лежа на спине, если пациент не может сидеть	
5	Вымойте руки и наденьте перчатки	Чтобы практиковать «барьерный уход»
6	Подложите под руки пациента прорезиненную ткань и полотенце	Чтобы не испачкать простыню и одежду
7	Погрузите пальцы пациента в теплую мыльную воду на 5 минут	Удаляет загрязнения и делает ногти более податливыми
8	При чрезмерном загрязнении может потребоваться чистка ногтей	Для удаления грязи перед стрижкой ногтей
9	Смойте мыло с пальцев	Мыло может заставить пальцы скользить во время стрижки ногтей
10	Обрезайте только свободные края ногтей, по одному пальцу за один раз. Помните, что нужно обрезать ногти прямо и не глубоко в закругляющиеся края	Обрезание ногтей глубоко в закругляющиеся края может спровоцировать ранение, кровотечение и инфекцию
11	Соберите обрезанные ногти в почкообразный лоток	
12	Протрите обрезанные края влажной ватой, по одному ватному тампону на каждый палец	Чтобы удалить остатки и обрезки Использование одного ватного диска для каждого пальца гарантирует, что инфекция, если таковая имеется, не передается с одного ногтя на другой
13	Аналогичную процедуру можно проделать и для стрижки ногтей на ногах. Если ногти на ногах невозможно размочить в большой миске, можно накрыть ногти смоченным в мыльной воде кусочком марли, чтобы они пропитались	
14	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
15	Поощряйте тех, кто ухаживает за пациентом, регулярно ухаживать за ногтями	Обеспечивает соблюдение режима лечения
16	Задokumentируйте процедуру	Обеспечивает непрерывность ухода

Уход за промежностью

Определение: процесс очищения области половых органов.

Цель:

1. Для поддержания гигиены промежности.
2. Для предотвращения и лечения инфекции.

Необходимое оборудование:

1. Два таза с теплой водой.
2. Полотенце для рук (маленькое) (3–4 шт.) и сухое полотенце.
3. Прорезиненная ткань.
4. Большое полотенце.
5. Простыня для укрывания.
6. Мыло.
7. Кусок марли.
8. Физиологический раствор.
9. Перчатки.
10. Фартук.
11. Почкообразный лоток.
12. Ножницы.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход, и посоветуйте им продолжать ее	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству Помощь членам семьи, осуществляющим уход, и обеспечение соблюдения режима лечения
2	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (2 таза с теплой водой, мочалки, мыло, полотенце, простыня для укрывания и прорезиненную ткань)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
3	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность

№	Действие	Объяснение
4	Убедитесь, что вода комнатной температуры	Чтобы предотвратить травмы
5	Вымойте руки и наденьте перчатки	Чтобы практиковать «барьерный уход»
Женщины:		
6	Поместите ноги в литотомическую позицию	Литотомическая — идеальная позиция для осмотра женской промежности
7	Обнажите только промежность	
8	Накройте пациента простыней до колен	
9	Поместите прорезиненную простыню и полотенце под бедра пациента	Для предотвращения загрязнения простыней
10	Намочите пах, затем внешнюю промежность, половые губы и складки кожи	
11	Направление мытья должно быть от лобковой кости по направлению к анусу	
12	Нанесите мыло тем же путем и удалите мыло влажной мочалкой	
13	Просушите полотенцем	
14	Намочите марлю физраствором	
15	Раздвиньте половые губы	
16	Смоченной в физиологическом растворе марлей промывайте от клитора к шву промежности. Используйте один кусок марли для каждого движения. Начните с боков с обеих сторон, затем посередине	
17	Затем используйте другой кусок марли, чтобы очистить отверстие уретры вертикально вниз по направлению к шву промежности	

№	Действие	Объяснение
18	Выбросьте грязную марлю в почкообразный лоток	
19	Удалите прорезиненную ткань и полотенце из-под бедра пациента	
20	Накройте промежность	
<u>Мужчины:</u>		
21	Обнажайте только промежность	
22	Поместите прорезиненную простыню и полотенце под бедра пациента	Чтобы предотвратить загрязнение простыней
23	Намочите пах, мошонку и пенис	
24	Нанесите мыло, а затем вымойте пах, мошонку и пенис	
25	Вытрите полотенцем	
26	Поместите полотенце на мошонку и положите ствол пениса на поверхность полотенца	Чтобы защитить уже вымытую область от загрязнения
27	Держите половой член вертикально и оттяните крайнюю плоть	
28	Очистите головку полового члена от кончика отверстия уретры по направлению к стержню полового члена круговыми движениями марли, смоченной в физрастворе	Следование этому направлению удаляет грязь от отверстия уретры
29	Используйте только одну марлю для каждого кругового движения и каждый раз выкидывайте использованный кусок	
30	Верните крайнюю плоть на место	
31	Нанесите мыло на ствол пениса	
32	Удалите мыло влажной мочалкой	

№	Действие	Объяснение
33	Просушите пенис	
34	Снимите полотенце с мошонки	
Уход за катетером		
35,	После мытья промежности помойте перчатки	
36	Смочите марлю физиологическим раствором или мыльной водой	
37	Очистите катетер, поместив марлю, пропитанную соевым раствором, по окружности катетера, и осторожно очистите от проксимального (уретральный проход) к дистальному направлению (раздвоение катетера). Используйте одну марлю для каждого движения	Направление от проксимального к дистальному удаляет загрязнения от уретрального прохода
38	Выбросьте марлю в почкообразный лоток	
39	Закрепите катетер на бедре липкой лентой. Убедитесь, что в катетере нет тяги между липкой лентой и точкой, где катетер входит в тело	Для уменьшения тяги и фиксации катетера
40	После ухода за промежностью и катетером накройте промежность	
41	Снимите перчатки и фартук. Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
42	Поощряйте лиц, осуществляющих уход, регулярно обеспечивать уход за промежностью и катетером	Обеспечивает соблюдение режима лечения
	Задокументируйте процедуру	Обеспечивает непрерывность ухода

УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Введение назогастрального зонда

Определение: процесс введения назогастрального зонда через нос в желудок.

Цели:

1. Кормить через назогастральный зонд.
2. Уменьшить вздутие живота.

Необходимое оборудование:

1. Назогастральный зонд подходящего размера.
2. Клейкая лента.
3. Стетоскоп.
4. Перчатки.
5. Водорастворимый смазочный гель.
6. Шприц 10 или 20 мл.
7. Маркер.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход	Чтобы уменьшить беспокойство по поводу процедуры и способствовать сотрудничеству
2	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (трубка NG, водорастворимый смазочный гель, перчатки, стетоскоп, шприц, клей и маркер)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
3	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность

№	Действие	Объяснение
4	Помогите пациенту сесть прямо	Чтобы избежать аспирации, назогастральный зонд нужно вводить в позиции сидя
5	Вымойте руки и наденьте перчатки	Чтобы обеспечить «барьерный уход»
Измерение длины зонда для введения		
6	Поместите дистальный конец назогастрального зонда в мечевидный отросток и протяните трубку до уха и от уха до кончика носа. Отметьте это место маркером	Чтобы определить нужную длину вставляемого зонда
7	Смажьте конец трубки водорасстворимой смазкой	Чтобы предотвратить травмы и обеспечить легкое введение
8	Объясните пациенту, что зонд, проходящий через носоглотку, будет вызывать дискомфорт, и пациенту не нужно бояться или беспокоиться	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству
9	Проверьте проходимость ноздрей и выберите ту ноздрю, в которой достаточно места для установки зонда	Введение зонда в ноздрю с недостаточным пространством может вызвать боль и дискомфорт
10	Вставьте зонд через одну из ноздрей и медленно продвиньте. Когда зонд достигает ротоглотки, у пациента может возникнуть желание замереть. На этом этапе посоветуйте пациенту глотать постоянно и медленно, поскольку трубка медленно продвигается Предупреждение для медсестры: Если у пациента начинается сильный кашель, удалите трубку	При глотании надгортанник закрывается, а зонд перемещается в пищевод Сильный кашель может быть признаком того, что зонд вошел в гортань и трахею
11	Если нет сильного кашля, мягко продвиньте трубку до точки, уже отмеченной на зонде. <u>Проверка положения трубки:</u> Метод 1 (идеальный) Аспирируйте содержимое желудка шприцем и проверьте цвет и консистенцию. (В идеале проверяется pH, чтобы подтвердить положение трубки внутри желудка.)	Достижение предварительно установленных отметок означает, что зонд вошел в желудок Проверка pH более идеальна, чем аускультация

№	Действие	Объяснение
	Метод 2 (ненадежно) Поместите стетоскоп на 8 см ниже мечевидного отростка с левой стороны, протолкните 5–10 мл воздуха через назогастральный зонд и послушайте булькающий звук. Если звук не слышен, трубка находится не в желудке. Если между толчком и звуком есть небольшая задержка, это может указывать на то, что трубка находится в пищеводе. В этом случае продвиньте трубку еще на 2–3 см	
12	Закрепите трубку клеем	Чтобы избежать смещения
13	Обучите членов семьи, осуществляющих уход, как кормить через зонд	Предоставить возможность лицам, осуществляющим уход, самостоятельно заботиться о пациентах
14	Понаблюдайте за пациентом и спросите у него, есть ли дискомфорт	Чтобы незамедлительно принять меры
15	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрестного заражения
16	Задokumentируйте следующее: а) дата установки назогастрального зонда; б) размер установленного зонда; в) длина введенного зонда	Для обеспечения непрерывности ухода

Кормление через назогастральный зонд

Определение:

Процесс обеспечения жидкой диеты через назогастральный зонд для удовлетворения потребностей в питании или терапевтических потребностей.

Цели:

1. Накормить пациентов.
2. Обеспечить прием лекарств.

Необходимое оборудование:

1. Шприц на 50 мл.
2. Жидкое питание или лекарства.
3. Питьевая вода в чашке.
4. Прорезиненная ткань и полотенце.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход, и покажите им, как выполняется процедура	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и способствовать сотрудничеству Расширение возможностей членов семьи, осуществляющих уход, и обеспечение соблюдения режима лечения
2	Вымойте руки	Чтобы предотвратить инфекцию
3	Соберите все необходимые предметы у постели пациента (шприц на 50 мл, жидкое питание, вода в чашке)	Правильная организация предметов способствует квалифицированной работе
4	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
5	Наденьте перчатки	Чтобы предотвратить контакт с содержимым желудка
6	Подоприте пациента под углом 30 градусов или более	Чтобы снизить риск аспирации
7	Зажмите трубку, откройте крышку и прикрепите шприц к трубке	Зажатие трубки предотвращает попадание воздуха в трубку
8	Выполните аспирацию содержимого желудка, чтобы убедиться, что трубка на месте, и узнать остаточный объем. Если остаточный объем составляет 200 мл или более, отложите настоящее кормление и обратитесь к врачу	Если pH содержимого меньше 5, зонд находится в желудке Если остаточный объем уже составляет 200 мл, дополнительное кормление может вызвать дискомфорт и аспирацию

№	Действие	Объяснение
Использование назогастральных зондов		
	<p><i>Перед тем как давать питание назогастрально, человек, осуществляющий уход, должен попробовать питание и убедиться, что добавлено достаточное количество соли.</i></p> <p><i>Давайте пациенту очень небольшое количество питания, помещая его на язык</i></p>	<p>Снижение потребления соли может привести к гипонатриемии</p> <p>Это позволяет пациенту наслаждаться вкусом и способствует психологическому благополучию</p>
9	Зажмите зонд недоминирующей рукой, удерживая его вместе со шприцем	Для предотвращения попадания воздуха
10	Наберите в шприц 30 мл воды и ослабьте зажим	Чтобы промыть трубку
11	Дайте воде течь через зонд в желудок под действием силы тяжести	
12	Зажмите трубку до того, как вода полностью вытечет	Для предотвращения попадания воздуха
13	Точно так же наполните шприц назогастральным питанием и отпустите зажим	
14	Позвольте питанию течь в желудок под действием силы тяжести	
15	Зажмите зонд до того, как подача закончится	
16	Болюсное кормление никогда не должно превышать 400 мл [41]	Введение болюса более 400 мл может вызвать дискомфорт и аспирацию
17	<p>Суточная потребность 30 мл/кг/день при кормлении</p> <p>1 ккал/ мл равномерно распределяется в течение дня [41]</p> <p>Например, если пациент весит 60 кг, его суточная потребность рассчитывается следующим образом: $60 \times 30 = 1800$ мл в день.</p> <p>Этот объем делится на приемы пищи по 200 мл каждые 2 часа с 6 утра до 10 вечера</p>	

№	Действие	Объяснение
18	После введения питания промойте зонд 30 мл воды	Для предотвращения засорения
19	Закройте крышку	
20	Дистальный конец зонда должен быть выше уровня живота. Зонд можно прикрепить к щеке пациента с помощью липкой ленты	Когда зонд помещается ниже уровня желудка, это может способствовать сифонированию
21	После кормления держите пациента полулежа под углом 30 градусов или более в течение как минимум 30 минут [41]	Чтобы снизить риск аспирации
22	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку кроссинфицирования
23	Уточните у членов семьи, осуществляющих уход, есть ли у них сомнения, и дайте пояснения	Для расширения возможностей семьи и минимизации ошибок на практике
24	Наблюдайте за членом семьи, осуществляющим уход, во время выполнения процедуры и давайте обратную связь	
25	Поскольку пациенты, получающие питание через зонд, подвержены риску развития проблем с ротовой полостью, уход за полостью рта им необходимо проводить каждые 4–6 часов	Секреция слюны меньше у пациентов, которые не питаются перорально. Регулярный уход за полостью рта предотвращает сухость и другие проблемы с ротовой полостью
26	Задokumentируйте время кормления и количество введенной жидкости	Для обеспечения непрерывности ухода

В среднем потребность в питании лежачего пациента без пролежней составляет 1000 кал/день, но при наличии пролежня потребность увеличивается до 1300–1500 кал/день в зависимости от массы тела. У лежачих пациентов с заболеванием легкой и средней степени тяжести суточная потребность в белке составляет от 0,8 до 1,2 г/кг/день, и эта потребность увеличивается до 1,2–1,5 г/кг/день при критическом заболевании.

Таблица питательной ценности

Продукты	Объем*	Калории	Протеин, г
Вареный белый рис	1 чашка	170	4,4
Даль ¹	½ чашки	100	7
Кусочки сои	45 г	160	24
Овощи (сушеные)	1 чашка	150	5,2
Доса ²	1 N	125	2,51
Идли ³	2 N	150	3,2
Чапати ⁴	1 N	120	3,1
Упма ⁵	1 чашка	270	3,4
Неприготовленные зерна раги	50 г	170	4
Белый хлеб	2 N	170	5,2
Яйцо	1 N	74	6,29
Баранина карри	¾ чашки	260	18
Курица карри	¾ чашки	240	22,4
Рыба	100 г	206	22
Молоко	1 чашка	146	7,8
Чёрный чай	240 мл	2	0
Чёрный кофе	240 мл	2	0,28
Сахар	1 чайная ложка	16	0

*1 чашка = 200 мл; 1 чайная ложка = 5 г.

¹ Даль (dal) — измельченные бобовые, которые не нуждаются в замачивании.

² Доса, или досаи — распространенное у народов Южной Индии блюдо: тонкие, хрустящие блинчики из чечевичной и рисовой муки, испеченные на круглой, литой чугунной сковороде.

³ Идли — блюдо из кухни разных народов Южной Индии.

⁴ Чапати — хлеб из пшеничной муки наподобие тонкого лаваша. Распространен в Афганистане, в Индии, в Непале, в Таджикистане и в других странах.

⁵ Упма — традиционное индийское блюдо. Это овощное блюдо очень сытное и питательное, поэтому особенно незаменимо для постного питания.

Удаление назогастрального зонда

Определение:

Процесс удаления назогастрального зонда.

Цель:

1. Для облегчения перорального кормления.
2. Повторно ввести новый назогастральный зонд.

Необходимое оборудование:

1. Перчатки.
2. Кусок марли.
3. Почкообразный лоток.
4. Одноразовый пакет.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните пациенту процедуру и причину удаления назогастрального зонда	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и облегчить сотрудничество
2	Вымойте руки и наденьте перчатки	Для предотвращения контакта с биологическими жидкостями
3	Помогите пациенту принять вертикальное положение	Чтобы снизить риск аспирации
4	Осторожно удалите липкую ленту, удерживающую назогастральный зонд в носу	Чтобы облегчить снятие зонда, удалив опору
5	Убедитесь, что зонд закрыт	Для предотвращения вызывающей аспирацию утечки жидкости внутри трубки при извлечении
6	Оберните марлевую салфетку вокруг трубки у ноздрей доминирующей рукой	Для впитывания желудочного и носового секрета при удалении
7	Посоветуйте пациенту задержать дыхание	Чтобы предотвратить аспирацию при удалении зонда

№	Действие	Объяснение
8	Сожмите и осторожно вытащите зонд, а когда он полностью выйдет, предложите пациенту возобновить дыхание. Предупреждение для медсестры. Если вытаскивание трубки вызывает сопротивление, не тяните ее с усилием	Осторожно потянув за трубку, можно снизить риск травмы Сильное вытягивание трубки при сопротивлении может привести к серьезным травмам
9	Утилизируйте зонд в одноразовый пакет	Чтобы правильно утилизировать отходы и предотвратить загрязнение
10	Осторожно удалите клей, прилипший к носу пациента, с помощью марли	Для поддержания внешнего вида тела
11	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрестного заражения
12	Задokumentируйте процедуру	Для обеспечения непрерывности ухода

УХОД ЗА МОЧЕВЫМИ КАТЕТЕРАМИ

Катетеризация мочи

Определение:

Процесс введения трубки в мочевой пузырь, обычно через уретру, в условиях асептики для облегчения оттока мочи.

Постоянный катетер, его также называют непрерывным дренажом мочевого пузыря (CBD), когда катетер удерживается внутри мочевого пузыря путем надувания баллона для облегчения непрерывного дренажа. Постоянные катетеры связаны с более высокой частотой инфекций мочевыводящих путей.

Прерывистый катетер, также называемый прерывистой катетеризацией, — это процесс введения трубки в мочевой пузырь через уретру для слива мочи, и, как только моча сливается, катетер удаляется. Процесс повторяется несколько раз в день. При периодической катетеризации риск развития инфекции мочевыводящих путей ниже по сравнению с постоянной катетеризацией.

Показания к катетеризации:

1. Неполное опорожнение мочевого пузыря из-за неврологических осложнений или заболеваний.
2. Непроходимость мочевыводящих путей и задержка мочи.
3. Недержание мочи, когда другие методы, такие как дренаж презерватива, оказались безуспешными.

Необходимое оборудование:

1. Стерильные одноразовые перчатки (2 комплекта).
2. Стерильный лоток, содержащий стерильную марлю, стерильную прокладку и стерильную бумагу.
3. Водорастворимый лубрикант (лидокаин гель).
4. Шприц на 5 мл [1], шприц на 10 мл [2].
5. Стерильная вода.
6. Раствор повидон-йод.
7. Катетер Фолея подходящего размера.
8. Мочеприемник.
9. Прорезиненная ткань.
10. Одноразовые стерильные простыни.

Основные инструкции:

1. Постоянная катетеризация не должна выполняться пациентам, которые лежат на полу.
2. Перед катетеризацией мочевого пузыря убедитесь, что у пациента нет запора. Если у пациента запор, перед катетеризацией избавьтесь от запора.
3. Перед катетеризацией мочи спросите пациента и его семью о трудностях, которые возникли при предыдущей катетеризации.
4. Замена мочевого катетера должна производиться в соответствии с клиническими показаниями и рекомендациями производителя.

Процедура постоянной катетеризации мочевого пузыря у женщин

№	Процедура	Объяснение
1	Представьте себя и команду при посещении пациента дома	Чтобы облегчить сотрудничество
2	Объясните процедуру пациенту и его семье	Объясняет риски, связанные с процедурой, пациенту и его семье
3	Получите информированное согласие	
4	Соберите все оборудование у постели пациента	
5	Сравните размер и тип катетера с письменными инструкциями в истории болезни пациента	Чтобы не указывать неправильный размер и устройство
6	Проверьте, нет ли аллергии, например, на латекс или на анестезирующие гели	
7	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку кроссинфицирования
8	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность

№	Процедура	Объяснение
9	Помогите пациенту занять литотомическое положение	Наиболее удобно получить доступ к женской промежности в литотомической позиции
10	Наденьте стерильный фартук	Чтобы практиковать «барьерный уход»
Удаление катетера		
11	Наденьте чистую перчатку	
12	Присоедините шприц на 10 мл к отверстию для спуска баллона и осторожно спустите баллон. Не тяните поршень быстро или сильно	Чтобы предотвратить повреждение слизистой оболочки мочевого пузыря из-за вакуумирования при быстром спуске воздуха
13	Как только баллон будет полностью спущен, осторожно вытяните катетер. Предупреждение для медсестры. Не тяните катетер с силой, если есть сопротивление. Обратитесь за советом к врачу	
14	Выбросьте катетер в соответствующий контейнер	
15	Снимите чистую перчатку	
16	Вымойте руки водой и мылом	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
17	Вскройте стерильную перевязочную упаковку на чистой поверхности и поместите все необходимое стерильное одноразовое оборудование в стерильное поле	Поддерживать асептическое окружение, чтобы предотвращать контаминацию стерильного медицинского инструмента
18	Используйте принципы асептики и убедитесь, что используются только стерильные предметы одноразового использования. Не забывайте сводить к минимуму время нахождения стерильных предметов в раскрытом состоянии	Поддерживать асептическое окружение, чтобы предотвращать контаминацию стерильного медицинского инструмента
19	Используйте одноразовую стерильную перчатку	Чтобы практиковать асептику

№	Процедура	Объяснение
20	Смочите стерильную марлю в растворе повидон-йода и начните очищать область, начиная с лобкового сочленения, затем с паха до $\frac{1}{3}$ медиальной поверхности бедра изнутри наружу. Используйте только один кусок марли для каждого движения	Чтобы промыть область промежности антисептическим раствором
21	Используя стерильную марлю, смоченную в растворе повидон-йода, очистите большие половые губы, затем малые и уретральный проход, промывайте вокруг отверстия уретры движением вниз. Используйте один кусок марли для каждого движения [42]	Для уничтожения микроорганизмов женских половых путей, попадающих в мочевыводящие пути
22	Снимите перчатку и наденьте новую стерильную перчатку	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
23	Наполните шприц 10 мл стерильной воды	Чтобы он был готов для надувания баллона
24	Поместите стерильное полотенце или бумагу с отверстием посередине на промежность	Чтобы создать стерильное поле и предотвратить заражение
25	Достаньте катетер из упаковки с соблюдением правил асептики и смажьте кончик катетера обезболивающим гелем-лубрикантом	Для предотвращения перекрёстного заражения Для уменьшения трения при введении катетера
26	Большим и указательным пальцами недоминирующей руки разделите половые губы, а доминирующей рукой введите катетер примерно на 5–6 см (см. рис. 30). После того как моча начала стекать, введите катетер еще на 3–5 см. Если в какой-то момент пациент почувствует чрезмерную боль или сопротивление при введении катетера, остановитесь и обратитесь за советом к врачу	Чтобы убедиться, что катетер находится внутри мочевого пузыря
27	Прикрепите стерильный дренажный мешок	Чтобы поддерживать замкнутую систему

№	Процедура	Объяснение
28	Медленно наполните баллон 15 мл стерильной воды и осторожно потяните катетер, пока не почувствуете сопротивление; затем втяните 5 мл стерильной воды из наполненного баллона и закрепите его. Надувание воздушного баллона должно быть безболезненным. Если во время надувания баллона пациент испытывает боль или дискомфорт, баллон можно расположить в уретре. Сдуйте баллон, продвиньте катетер еще на несколько сантиметров и повторите попытку [43]	Чтобы удерживать катетер в мочевом пузыре. (Чрезмерное надувание баллона может вызвать раздражение тригона мочевого пузыря, вызывая спазм мочевого пузыря, что приводит к дискомфорту и перикатетерной протечке.)
29	Измерьте объем мочи	Для документирования и контроля функции почек
30	Убедитесь, что пациенту комфортно, и просушите область промежности	Мокрая область промежности предрасполагает пациента к инфекции и пролежням
31	Закрепите катетер на бедре липкой лентой. Убедитесь, что в катетере нет тяги между липкой лентой и точкой, где катетер входит в тело	Чтобы уменьшить тягу и закрепить катетер
32	По завершении процедуры удалите и утилизируйте защитное оборудование в соответствии с правилами утилизации отходов	Чтобы предотвратить перекрёстное заражение и загрязнение окружающей среды
33	Вымойте руки после процедуры	Чтобы предотвратить перекрёстное инфицирование
34	Задokumentируйте следующее: a) материал катетера; b) размер катетера; c) объем стерильной воды, используемой для надувания баллона; d) планируемая дата следующей замены катетера	Чтобы обеспечить непрерывный уход

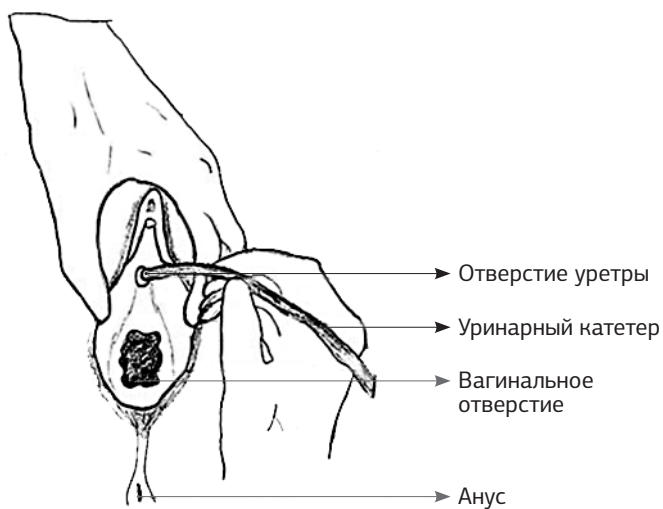


Рис. 30. Разведение половых губ недоминирующей рукой и введение катетера в уретру у женщин

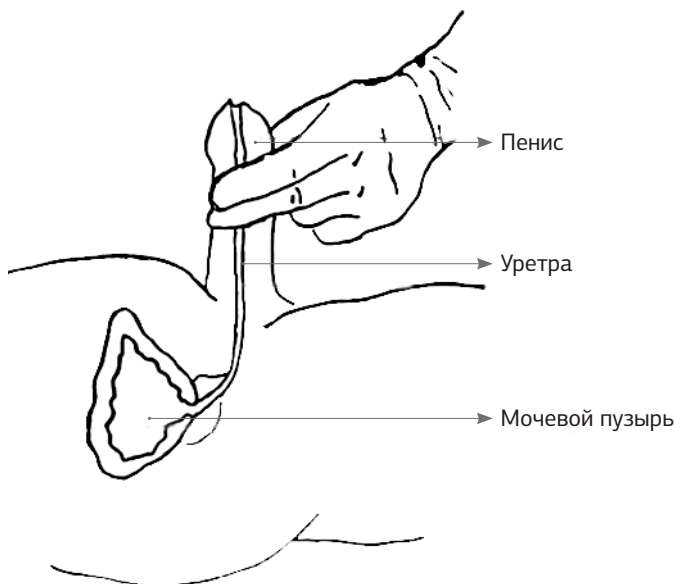


Рис. 31. Удерживание катетера под углом 90° и введение катетера у мужчин

Процедура постоянной катетеризации мочевыводящих путей у мужчин

№	Процедура	Объяснение
1	Представьте себя и команду на встрече с пациентом и его семьей	Чтобы добиться доверия и сотрудничества
2	Объясните процедуру пациенту и его семье. Объясните им риски, связанные с процедурой.	Чтобы убедиться, что пациент/семья понимают процедуру, прежде чем дать согласие
3	Получите информированное согласие.	
4	Организуйте все оборудование у постели пациента	Верная организация предметов способствует профессиональному проведению процедуры
5	Проверьте размер и тип катетера на соответствие письменным инструкциям в карте пациента	Чтобы избежать введение устройства неверного размера
6	Проверьте наличие аллергии, например, на латекс или на анестезирующие гели	Чтобы снизить риск анафилактического шока
7	Вымойте руки	Чтобы предотвратить инфекцию
8	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
9	Помогите пациенту лечь на спину	Процедуру легче проводить, если пациент находится в положении лежа на спине
10	Наденьте стерильный фартук	Чтобы практиковать «барьерный уход»
Удаление катетера		
11	Наденьте чистую перчатку	
12	Присоедините шприц на 10 мл к отверстию для спуска баллона и осторожно спустите баллон. Не тяните поршень быстро или сильно	Чтобы предотвратить повреждение слизистой оболочки мочевого пузыря из-за вакуумирования при быстром спуске воздуха
13	Как только баллон будет полностью спущен, осторожно вытяните катетер	

№	Процедура	Объяснение
14	Предупреждение для медсестры. Не тяните катетер с силой, если есть сопротивление. Обратитесь за советом к врачу	
15	Выбросьте катетер в соответствующий контейнер	
16	Снимите чистую перчатку	
17	Вымойте руки водой с мылом	Чтобы предотвратить перекрёстное инфицирование
18	Вскройте стерильную перевязочную упаковку на чистой поверхности и поместите все необходимое стерильное одноразовое оборудование в стерильное поле	
19	Используйте принципы асептики и убедитесь, что используются только стерильные предметы одноразового использования. Не забывайте сводить к минимуму время нахождения стерильных предметов в раскрытом состоянии	Для поддержания асептики и предотвращения заражения стерильного оборудования
20	Используйте одноразовую стерильную перчатку	Для поддержания асептики
21	Смочите стерильную марлю в растворе повидон-йода и начните очистку области, начиная с лобкового симфиза, затем от паха до $\frac{1}{3}$ медиальной стороны бедра и мошонки изнутри наружу	Чтобы обеспечить соответствующую подготовку области промежности и обеспечить асептику
22	Удерживайте пенис недоминирующей рукой и, используя стерильную марлю, смоченную в повидон-йоде, очистите пенис от проксимального к дистальному (от наружного отверстия уретры вдоль ствола полового члена) круговыми движениями. В случае необрезанного пениса оттяните кожу и следуйте описанной выше технике	Чтобы убить микроорганизмы и предотвратить их попадание в мочевыводящий тракт
23	Снимите перчатку и наденьте новую стерильную перчатку	Чтобы предотвратить кроссинфицирование

№	Процедура	Объяснение
24	Наполните 10 мл шприц стерильной воды и второй 10 мл шприц анестезирующим гелем-лубрикантом	Чтобы держать его наготове для поддува баллона
25	Подготовьте стерильное полотенце или полотенце с отверстием в центре, чтобы можно было прикрыть смежные области	Чтобы создать стерильное поле и помочь предотвратить заражение
26	Удерживайте ствол члена под углом 90 градусов (см. рис. 31), введите анестезирующий гель-лубрикант через наружное отверстие уретры и подождите 5 минут [42]	Уменьшает трение при установке катетера Чтобы анестезировать уретру
27	Достаньте катетер из упаковки с асептическими предосторожностями	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
28	Введите катетер примерно на 15–25 см. Как только моча начнет течь, введите катетер еще на 3–5 см [42] Если в какой-то момент пациент почувствует боль, которой не должно быть, или появится сопротивление при введении катетера, остановитесь и обратитесь за консультацией к врачу	Чтобы убедиться, что катетер внутри мочевого пузыря
29	Прикрепите стерильный дренажный пакет	Чтобы создать замкнутую систему
30	Медленно наполните баллон 15 мл стерильной воды и осторожно потяните катетер, пока не почувствуете сопротивление, затем извлеките 5 мл стерильной воды из наполненного баллона и закрепите его. Надувание баллона должно быть безболезненным. Если пациент испытывает боль или дискомфорт во время надувания баллона, баллон мог оказаться в уретре. Сдуйте баллон, продвиньте катетер еще на несколько сантиметров и повторите попытку	Для удержания катетера в мочевом пузыре (Чрезмерное надувание баллона может вызвать раздражение тригона мочевого пузыря, вызывая спазм мочевого пузыря, что приводит к дискомфорту и перекатерной протечке.)

№	Процедура	Объяснение
31	Измерьте объем мочи	Чтобы задокументировать и вести мониторинг резальной функции
32	Если крайняя плоть оттянута, верните ее на место	Чтобы предотвратить сухость
33	Убедитесь, что пациенту удобно, и просушите область промежности	Влажная область промежности предрасполагает пациента к появлению инфекций и пролежней
34	Закрепите катетер на бедре при помощи лейкопластыря. Убедитесь, что нет натяжения катетера между лейкопластырем и местом, где катетер входит в тело	Чтобы снизить натяжение и фиксацию катетера
35	По завершении процедуры удалите и утилизируйте личное защитное оборудование в соответствии с правилами обращения с отходами	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование и загрязнение окружающей среды
36	Вымойте руки после процедуры	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
37	Задокументируйте следующее: а) материал катетера; б) размер катетера; в) объем стерильной воды, использованной для надувания баллона; г) планируемая дата следующей замены катетера	Чтобы обеспечить непрерывный уход

Процедура замены надлобкового катетера

№	Действие	Объяснение
1	Представьте себя и команду при встрече с пациентом дома	Чтобы завоевать доверие и содействовать сотрудничеству
2	Объясните процедуру пациенту и его семье. Объясните пациенту и его семье риски, связанные с процедурой	Чтобы убедиться, что пациент и его семья понимают процедуру, прежде чем дать согласие
3	Получите информированное согласие	

№	Действие	Объяснение
4	Соберите все оборудование у постели пациента	Правильная расстановка предметов позволяет грамотно провести процедуру
5	Проверьте размер и тип катетера на соответствие письменному распоряжению в карте пациента	Чтобы избежать использования неверного размера и неверного устройства
6	Проверьте наличие аллергии, например, на латекс или на анестезирующие гели	Чтобы снизить риск анафилаксии
7	Вымойте руки	Чтобы предотвратить распространение инфекции
8	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
9	Помогите пациенту занять позицию лежа на спине	Процедуру легче выполнять, если пациент находится в позиции на спине
10	Наденьте стерильный фартук	Чтобы практиковать «барьерный уход»
Удаление катетера		
11	Наденьте чистую перчатку	
12	Прикрепите пустой 10 мл шприц к порту катетера и аккуратно сдуйте баллон. Оберните кусок марли вокруг места цистостомии и осторожно извлеките катетер, отмечая длину катетера и угол его введения	Для удержания катетера в мочевом пузыре. (Чрезмерное надувание баллона может вызвать раздражение тригона мочевого пузыря, включая спазм мочевого пузыря, что приводит к дискомфорту и утечке перикатетера.)
13	Выбросьте катетер в соответствующий контейнер	
14	Снимите перчатку	
15	Вымойте руки	Чтобы предотвратить распространение инфекции
16	Наденьте одноразовую стерильную перчатку	Чтобы поддержать асептику
17	Намочите стерильную марлю в растворе повидон-йода и начните очищать цистостому круговыми движениями изнутри наружу. Используйте новый кусок стерильной марли для каждого движения. Очистите радиус 5 см вокруг места цистостомии	Чтобы обеспечить соответствующую подготовку места цистостомии и поддержать асептику Чтобы снизить риск кросс-инфицирования

№	Действие	Объяснение
18	Снимите перчатку и наденьте новую стерильную перчатку	Чтобы избежать кросс-инфицирования
19	Наполните 10 мл шприц стерильной водой	Чтобы он был готов к надуванию баллона
20	Подготовьте стерильное полотенце, чтобы накрыть прилегающую область и сохранить достоинство	Чтобы создать стерильное поле и помочь предотвратить заражение
21	Достаньте катетер из пакета с асептическими предосторожностями и смажьте кончик катетера анестетическим гелем-лубрикатом	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование Чтобы уменьшить трение во время введения катетера
22	Визуально сравните длину нового катетера с длиной удаленного катетера (внутренняя обёртка может быть использована для того, чтобы отметить длину катетера, который нужно ввести), чтобы убедиться, что катетер введён на правильную длину	Чтобы убедиться, что баллон находится в мочевом пузыре
23	Осторожно введите новый катетер на ту же длину и под тем же углом, что и предыдущий катетер (это должно быть сделано как можно скорее после удаления старого катетера)	Чтобы цистостома не закрылась
24	Присоедините стерильный дренажный мешок	Чтобы создать закрытую систему
25	Медленно надуйте баллон 15 мл стерильной воды и пялкой потяните катетер до тех пор, пока не почувствуете сопротивление, затем вытяните 5 мл стерильной воды из надутого баллона и закрепите его. Надувание баллона должно быть безболезненным. Если пациент испытывает хоть какую-то боль или дискомфорт во время надувания баллона, сдуйте баллон и продвиньте катетер еще на несколько сантиметров, прежде чем попробовать снова	Чтобы удержать катетер в мочевом пузыре (Чрезмерное надувание баллона может вызвать раздражение тригона мочевого пузыря, вызывая спазм мочевого пузыря.)
26	Измерьте объем мочи	Чтобы задокументировать и мониторить ренальную функцию

№	Действие	Объяснение
27	Катетер должен быть закреплен на абдоминальной стенке лейкопластырем. Убедитесь, что нет натяжения в катетере между клейкой лентой и точкой, где катетер входит в мочевой пузырь	Закрепление катетера снижает натяжение
28	По завершении процедуры удалите и утилизируйте личное защитное оборудование в соответствии с правилами обращения с отходами	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование и загрязнение окружающей среды
29	Вымойте руки после процедуры	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
	Задokumentируйте следующее: а) материал катетера; б) размер катетера; в) объем стерильной воды, использованной для надувания баллона; г) планируемая дата следующей замены катетера	Чтобы обеспечить непрерывный уход

Семейное обучение для пациентов, живущих с постоянным катетером

- Проинструктируйте пациента и членов его семьи не поднимать дренажную трубку или мочеприемник выше уровня бёдер. Это необходимо для предотвращения обратного потока мочи в мочевой пузырь.
- Пациенту следует потреблять много жидкости орально (от 2 до 3 л в день), если нет противопоказаний. Это снижает риск инфекции мочевыводящих путей.
- Мочеприемник следует опорожнять, когда он заполнен более чем наполовину. Это обеспечивает непрерывный поток мочи из мочевого пузыря.
- Попросите членов семьи, осуществляющих уход, опорожнить мочеприемник перед сном, а также утром

в часы бодрствования. Это необходимо для предотвращения переполнения мочевого пузыря.

- Убедитесь, что трубка не перекручена. Перекрученная трубка препятствует оттоку мочи.
- Попросите лиц, осуществляющих уход, прикрепить мочеприемник для сбора мочи к краю кровати, а не к ее ножке. Это необходимо, чтобы избежать натяжения трубки.
- Попросите пациента и членов его семьи сообщать бригаде по уходу на дому, если у пациента жар, озноб и боли внизу живота. Это может быть признаком инфекции мочевыводящих путей.
- Попросите пациента и членов его семьи сообщать бригаде по уходу на дому, если они заметят мочевой осадок, выделения гноя из перикатетера и мутную мочу. Это может быть признаком инфекции мочевыводящих путей.

Забор стерильного образца мочи у пациента с постоянным катетером (порт отбора пробы и техника пункции)

Определение: процесс сбора стерильной мочи из закрытой системы дренажа мочевыводящих путей.

Цель:

- Для получения образца мочи для лабораторной диагностики.

Необходимое оборудование:

1. Стерильный шприц.
2. Стерильная игла.
3. Стерильный контейнер для сбора образцов.
4. Спиртовой тампон.
5. Кусок марли.

6. Артериальные шипцы.

7. Чистые перчатки.

Предостережение. Технику пункции следует использовать только на мочевых катетерах из самоуплотняющегося материала. Силиконовые катетеры и катетеры из ПВХ не обладают способностью к самоуплотнению, поэтому в таких катетерах следует использовать порт для сбора образцов.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и получите информированное согласие	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой
2	Накройте трубку мочеприемника марлей рядом с катетером Фолея, зажмите трубку и подождите 10–15 минут (если нет артериальных шипцов, трубку можно сложить и закрепить резинкой, чтобы прервать поток)	Зажатие трубки способствует накоплению мочи внутри катетера, что облегчает ее забор Накрытие трубки марлевой салфеткой предотвращает ее повреждение
3	<u>Сбор мочи из порта для сбора проб:</u> Если имеется порт для сбора проб, очистите порт спиртовым тампоном и соберите мочу из порта. <u>Сбор мочи прямо из катетера:</u> Если порт сбора недоступен, моча должна собираться из катетера Фолея в точке, где катетер соединяется с дренажной трубкой (см. рис. 32). Очистите эту область тампоном со спиртом и вставьте иглу и шприц в катетер под углом 45 градусов. Как только игла вошла в просвет, сопротивление больше не ощущается. Затем осторожно оттяните поршень, соберите необходимое количество мочи и вытащите иглу	Очистка порта спиртовым тампоном гарантирует стерильность собранного образца Это наиболее безопасное место для сбора пробы мочи. Прокол проксимально может нарушить контур надувания баллона Очистка этого места спиртовым тампоном предотвращает попадание микробов в катетер, а также обеспечивает стерильность пробы

№	Действие	Объяснение
4	После сбора мочи очистите еще раз порт или место прокола спиртовым тампоном	Чтобы дезинфицировать место
5	Перенесите мочу в стерильный контейнер для сбора образцов	Для облегчения передачи образца в лабораторию
6	Пометьте контейнер	Чтобы предотвратить ошибки
7	Освободите зажим	Чтобы восстановить отток мочи
8	Убедитесь, что моча не подтекает из порта в месте прокола	Если есть утечка мочи из порта, дренажный мешок следует заменить Если есть утечка из места прокола, катетер следует заменить

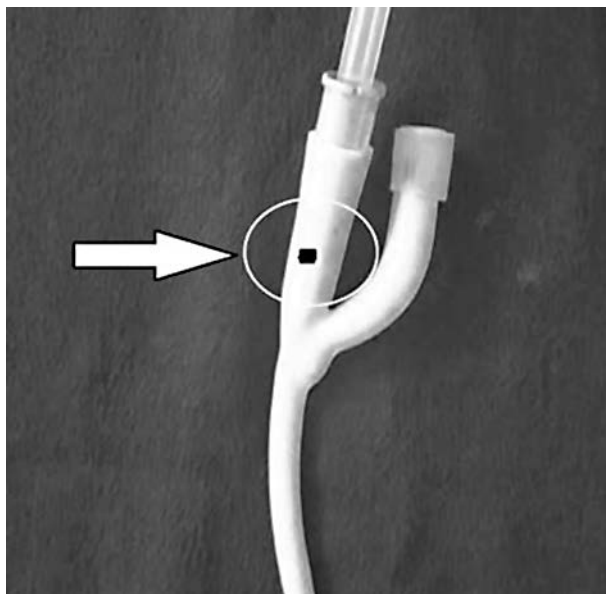


Рис. 32. Место прокола для сбора стерильной мочи из самоуплотняющегося катетера

Промывание мочевого пузыря (через двусторонний катетер)

Определение:

Промывание мочевого пузыря — это процесс спринцевания мочевого пузыря и катетера стерильным раствором.

Цель:

1. Для поддержания проходимости мочевого катетера.
2. Чтобы уменьшить застой и боль.
3. Убрать остатки.
4. Чтобы предотвратить образование сгустков.

Необходимое оборудование

1. Стерильные перчатки.
2. Спиртовой тампон.
3. Внутривенный комплект.
4. 0,9%-ный физиологический раствор.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните пациенту процедуру	Чтобы заручиться поддержкой пациентов и уменьшить их беспокойство
2	Вымойте руки	Чтобы предотвратить заражение
3	Присоедините 500 мл физраствора к внутривенному комплекту и повесьте на 2–3 фута над пациентом (в идеале на 60 см [44], но никогда не выше, чем на 91 см)	Для облегчения свободного течения благодаря силе тяжести Высота выше 3 футов может облегчить впитывание ирригационной жидкости
4	Убедитесь, что мешок для сбора мочи уже опорожнен	Для точного расчета выходного объема

№	Действие	Объяснение
5	Спиртовым раствором очистите дистальный конец катетера, который соединен с мочеприемником	Для предотвращения попадания микроорганизмов через ирригационный раствор в мочево́й пузырь
6	Отсоедините мочеприемник от катетера и подсоедините трубку для внутривенного вливания к катетеру Предупреждение для медсестры: Держите дренажную трубку мочеприемника в руке, никуда ее не кладите	Если куда-то положить трубку, на катетер может попасть инфекция
7	Откройте адаптер набора для внутривенных вливаний и дайте ирригационному раствору течь в мочево́й пузырь через катетер. <i>В идеале закапать 150 мл, если не указано иное</i>	Закапывание 150 мл безопаснее, так как меньше вероятность чрезмерного вздутия мочево́го пузыря, ведущего к спазмам мочево́го пузыря Последовательное небольшое вливание лучше, чем введение большого объема [42]
8	Закройте адаптер для внутривенных вливаний, отсоедините трубку для внутривенных вливаний от катетера и подсоедините дренажную трубку мочеприемника к катетеру и дайте жидкости для промывания стечь в мочеприемник под действием силы тяжести. Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что мочеприемник находится ниже уровня талии	Удержание мочеприемника ниже уровня талии облегчает дренаж под действием силы тяжести и предотвращает обратный отток дренажного содержимого
9	Повторяйте процедуру до тех пор, пока вытекающая обратно жидкость не станет чистой	Для полного удаления отложений и сгустков
10	Посчитайте выход мочи: Выход мочи = Исходящий объем (мл) – Входящий объем (мл)	Если исходящий объем меньше, чем входящий, возможно, возник загиб или закупорка в дренажной системе
11	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрестного заражения
12	Задokumentируйте процедуру	Чтобы поддерживать непрерывность лечения

Чистая прерывистая самокатетеризация

Определение:

Чистая прерывистая самокатетеризация — это процесс опорожнения мочевого пузыря периодически или по мере необходимости путем введения чистого катетера через уретру в мочевой пузырь.

Преимущества периодической катетеризации:

1. Снижает риск инфекции мочевыводящих путей, что является частым осложнением при постоянной катетеризации.
2. Снижает риск травмы уретры.
3. Пациент может оставаться сексуально активным.
4. Дает пациентам чувство контроля и независимости.

Ограничения периодической катетеризации:

1. Пациенты должны иметь хорошую координацию и когнитивные способности.
2. Требуется высокий уровень мотивации для преодоления страха и неудовольствия.
3. Может не подходить для пациентов с анатомическими деформациями и небольшой емкостью мочевого пузыря.

Необходимое оборудование:

1. Катетер для прерывистой катетеризации.
2. Водорастворимый гель для смазки.
3. Мыло и вода.
4. Сухое полотенце [2].
5. Емкость для сбора мочи.
6. Если хотите, зеркало (для женщин).

Общая инструкция:

1. Прерывистая катетеризация — это процедура, которую проводят самостоятельно, и ее необходимо продемонстрировать пациенту.
2. После демонстрации процедуры медсестра должна наблюдать за пациентом во время ее выполнения и обеспечивать соблюдение правильных методов и стандартов.
3. На протяжении всей процедуры пациенту необходимо обеспечить приватность и сохранить достоинство.
4. Частота катетеризации зависит от пациента, емкости мочевого пузыря и объема принимаемой жидкости. Идеально проводить катетеризацию 4 раза в день. Необходимо помнить, что следует избегать чрезмерного растяжения мочевого пузыря.
5. Многоцветные катетеры обычно используются в течение 7 дней, а затем выбрасываются.

Процедура (этапы обучения пациента):

№	Действие	Объяснение
1	Посоветуйте пациенту вымыть руки водой с мылом	Во избежание заражения и инфекции
2	Соберите все оборудование рядом с пациентом	Чтобы облегчить организацию процесса
3	Объясните процедуру пациенту	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой, и повысить уверенность в себе
4	Помогите пациенту принять удобное положение (сидя или стоя)	Удобное положение повышает уверенность в выполнении процедуры и снижает количество ошибок
5	<u>Для мужчин.</u> Посоветуйте пациенту помыть промежность водой с мылом. Если крайняя плоть присутствует, посоветуйте пациенту оттянуть крайнюю плоть и помыть отверстие уретры, головку полового члена и половой член	Промывание области промежности перед катетеризацией снижает вероятность заражения

№	Действие	Объяснение
6	<p><u>Для женщин.</u> Помойте промежность водой с мылом. Разведите половые губы указательным и средним пальцами недоминирующей руки, затем пройдите отверстие уретры по направлению вниз</p>	<p>Для удаления загрязняющих веществ из устья уретры</p>
7	<p>Посоветуйте пациенту взять катетер доминирующей рукой на расстоянии 5–7 см от кончика и смажьте кончик катетера водорастворимой смазкой.</p> <p>Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что кончик катетера не соприкасается с тубиком геля для смазки</p>	<p>Когда за катетер берутся дальше от кончика, это снижает риск заражения</p> <p>Нанесение смазочного геля снижает трение</p> <p>Предотвращение контакта снижает риск заражения и инфекции</p>
8	<p>Убедитесь, что дистальный конец катетера находится чуть выше емкости для сбора мочи</p>	<p>Чтобы предотвратить попадание мочи на поверхность</p>
Введение катетера		
9	<p><u>Для мужчин.</u> Посоветуйте пациенту держать пенис недоминирующей рукой и держать его вертикально по направлению к животу. Затем посоветуйте пациенту осторожно ввести катетер через отверстие уретры, пока моча не начнет вытекать. Как только моча начнет вытекать, посоветуйте пациенту опустить пенис в его естественное положение</p>	<p>Удержание пениса прямо удлиняет уретру и способствует легкому введению</p>
10	<p><u>Для женщин.</u> Недоминирующей рукой разведите половые губы. Чтобы идентифицировать уретру, пациент может либо нащупать уретру пальцем, либо использовать зеркало. Как только уретра найдена, осторожно введите катетер, пока моча не начнет вытекать. Как только моча начнет вытекать, посоветуйте пациенту ввести катетер на 2 см глубже.</p> <p>Предупреждение для медсестры: Убедите пациента, что может возникнуть сопротивление и дискомфорт, когда катетер достигнет сфинктера</p>	<p>Введение катетера на 2 см дальше, после того как моча начала вытекать, способствует полному освобождению мочевого пузыря</p>

№	Действие	Объяснение
11	Как только поток прекратится, медленно удалите катетер, осторожно вытянув его из отверстия уретры. Если отток мочи возобновится при извлечении катетера, поместите катетер в то же положение пока поток мочи не остановится.	Это действие способствует полному опорожнению мочевого пузыря
12	Посоветуйте пациенту положить катетер на сухое полотенце	Чтобы предотвратить загрязнение катетера и подготовиться к мытью
13	Посоветуйте пациенту помыть область промежности	Чтобы очистить промежность от загрязнения, связанного с процедурой
14	Посоветуйте пациенту промыть катетер проточной водой, нанести мыло и снова тщательно промыть холодной водой	Чтобы удалить из катетера все загрязнения мочи
15	Полностью вытрите катетер другим сухим полотенцем и храните его в чистом и сухом контейнере	Чтобы удалить всю влагу, которая может являться источником инфекции
16	Посоветуйте пациенту вымыть руки в конце процедуры	В целях соблюдения гигиены и предотвращения заражения

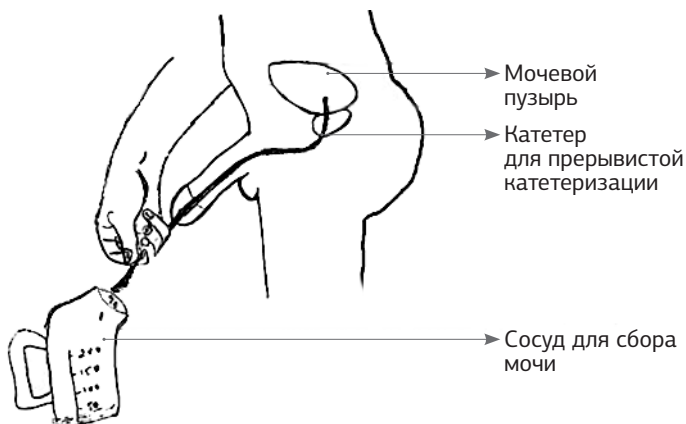


Рис. 33. Техника самостоятельного введения катетера для прерывистой катетеризации

Катетеры урологические

Определение:

Катетеры-презервативы — это внешние катетеры, которые надевают вокруг полового члена для слива мочи в мочеприемник.

Ситуации, в которых можно использовать дренаж-презервативы:

- Недержание мочи.
- Гиперактивный мочевой пузырь.
- Недержание мочи из-за деменции и проблем с подвижностью.

Ситуации, в которых нельзя использовать дренаж-презервативы:

- Задержка мочеиспускания.
- Непроходимость мочевыводящих путей.

Преимущества урологических катетеров:

- Урологические катетеры не инвазивны.
- Меньшая вероятность инфекции мочевыводящих путей по сравнению с постоянными катетерами.
- Меньшая стоимость.
- Просты в использовании.

Применение и уход за дренаж-презервативом:

Выбор правильного размера: катетеры для презервативов доступны в трех размерах — большом, среднем и малом. Выбор правильного размера предотвращает протечку и дискомфорт.

Применение урологического катетера:

1. Выбрав катетер правильного размера, скатайте катетер до кончика (рис. 34).
2. Протрите половой член влажной тканью от отверстия уретры круговыми движениями по направлению к стержню пениса и дайте ему просохнуть.
3. Осторожно введите крайнюю плоть/головку полового члена в презерватив и разверните презерватив по стержню полового члена.
4. Оберните ремешок на липучке/лейкопластырь вокруг презерватива, чтобы закрепить его на месте. Убедитесь, что он не слишком тугой, чтобы препятствовать оттоку мочи, и не слишком свободный, чтобы он не соскользнул с полового члена.
5. Если для фиксации презерватива используется лейкопластырь, убедитесь, что он наложен только вокруг презерватива, а не на кожу (рис. 35). Лейкопластырь нельзя наклеивать на кожу, так как при удалении он может вызвать боль и травму.
6. Подсоедините мочеприемник к кончику катетера презерватива, чтобы облегчить дренаж.



Рис. 34. Скрученный урологический катетер

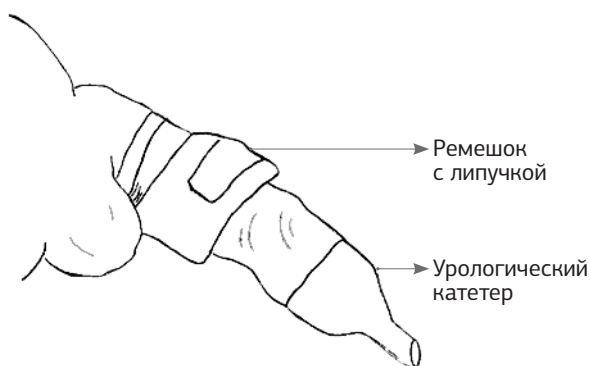


Рис. 35. Ремешок с липучкой, наложенный поверх урологического катетера, а не на кожу

Инструкции для пациентов с урологическим катетером и для лиц, ухаживающих за ними:

1. Попросите пациента и члена его семьи, осуществляющего уход, купить два урологических катетера.
2. Один урологический катетер можно использовать в течение 12 часов. Затем его промывают и сушат в тени, пока используется другой урологический катетер.
3. При наложении урологического катетера следите за раздражением кожи. Если есть ссадины на коже, следует сообщить об этом бригаде по уходу на дому.
4. При смене урологического катетера необходимо промыть половой член водой с мылом. После этого он должен полностью просохнуть перед наложением урологического катетера.
5. Не наносите на половой член пудру или лосьон, если это не предписано.
6. Убедитесь, что кончик катетера презерватива и дренажная трубка не перекручены. Это затруднит отток мочи и приведет к подтеканию мочи, к раздражению кожи или даже к инфекции мочевыводящих путей.

7. Дренажную трубку можно прикрепить к бедру, чтобы предотвратить натяжение.
8. Дренажный мешок нельзя ставить на землю. Его всегда следует вешать ниже уровня талии.
9. Дренажный мешок должен быть привязан к краю кровати, а не к ножке, чтобы предотвратить натяжение катетера презерватива.
10. Мочеприемник следует опорожнять, когда он заполнен более чем наполовину, а также опорожнять его перед сном.

РЕКТАЛЬНЫЕ МЕРЫ

1. Ректальное исследование (цифровое исследование прямой кишки).
2. Размещение ректальных суппозиториев.
3. Ректальная клизма (высокая и низкая).

Ректальное исследование (цифровое исследование прямой кишки)

Определение: процесс выполнения визуального осмотра перианальной области и пальпации прямой кишки.

Цель:

- Для диагностики фекального закупоривания.
- Для исследования предстательной железы.
- Для диагностики геморроя.
- Для диагностики опухолей прямой кишки.
- Для диагностики свищей.

Оборудование:

1. Чистые перчатки.
2. Маска для лица.
3. Фартук.
4. Почкообразный лоток.
5. Желеобразная анестезирующая смазка.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Чтобы предотвратить инфекцию
2	Посоветуйте пациенту освободить мочевого пузырь	Чтобы снизить дискомфорт во время процедуры
3	Объясните процедуру пациенту	Чтобы уменьшить беспокойство и наладить сотрудничество
4	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
5	Попросите пациента принять положение лежа на левом боку, согнув правую ногу в колене и бедре и вытянув правую ногу. Подвиньте согнутое колено как можно ближе к груди	Поскольку нисходящая сигмовидная кишка и прямая кишка расположены с левой стороны, положение лежа на левом боку облегчает доступ
6	Наденьте чистые перчатки	Чтобы избежать загрязнения рук
7	Обильно смажьте указательный и средний пальцы ведущей руки анестезирующим гелем-лубрикантом	Чтобы избежать трения при введении пальца в анальный канал и уменьшить боль
8	Отделите ягодичную складку недоминирующей рукой и визуально проверьте целостность перианальной кожи	Перианальные свищи на коже или внешний геморрой требуют особого внимания, так как для этих пациентов ректальное обследование может быть очень болезненным
9	Помещение пальца на анус на несколько секунд вызовет рефлекс сокращения, а затем расслабления анального сфинктера	Работа с анальным рефлексом помогает облегчить введение

№	Действие	Объяснение
10	Посоветуйте пациенту сделать глубокий вдох и, пока он дышит, осторожно введите смазанный указательный палец в задний проход	Глубокие вдохи расслабляют анальный сфинктер
11	Пальпируйте анальный канал по часовой и против часовой стрелки выметающими движениями	Чтобы выявить фистулы, фекальные закупорки и опухоли
12	Проверьте его проходимость, фекальные массы и аномалии	
13	Выбросьте перчатки и вымойте руки	Чтобы предотвратить перекрёстное заражение
14	Задokumentируйте обнаруженное	Чтобы обеспечить непрерывность ухода

Помещение ректальных суппозиториев

Определение: процесс введения препаратов через прямую кишку для абсорбции ректальной слизистой.

Цель:

- Более быстрое действие.
- Чтобы ввести препараты пациентам, у которых затруднено или невозможно оральное введение.

Оборудование:

1. Чистые перчатки.
2. Маска для лица.
3. Желеобразный анестезирующий лубрикант.
4. Ректальный суппозиторий.
5. Фартук.
6. Почкообразный лоток.
7. Подкладное судно.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Чтобы предотвратить заражение
2	Объясните процедуру пациенту	Чтобы уменьшить беспокойство и наладить сотрудничество
3	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
4	Попросите пациента принять положение лежа на левом боку, согнув правую ногу в колене и бедре и вытянув правую ногу. Подвиньте согнутое колено как можно ближе к груди	Поскольку нисходящая сигмовидная кишка и прямая кишка расположены с левой стороны, положение лежа на левом боку облегчает доступ
5	Наденьте чистые перчатки	Чтобы избежать загрязнения рук
6	Обильно смажьте указательный и средний пальцы доминирующей руки анестезирующим гелем-лубрикантом	Чтобы избежать трения при введении пальца в анальный канал и уменьшить боль
7	Разделите ягодичные складки доминирующей рукой и визуально проверьте целостность перинальной кожи	Перианальные ссадины на коже или внешний геморрой требуют особого внимания, так как для этих пациентов ректальное обследование может быть очень болезненным
8	Помещение пальца на анус на несколько секунд вызовет рефлекс сокращения, а затем расслабления анального сфинктера	Работа с анальным рефлексом помогает облегчить введение
9	Посоветуйте пациенту сделать глубокий вдох, и, пока он дышит, осторожно введите смазанный указательный палец в задний проход	Глубокие вдохи расслабляют анальный сфинктер
10	Пальпируйте анальный канал на предмет фекальных масс. Если они есть, удалите их вручную, перед тем как поместить суппозиторий	Всасывание суппозитория ухудшается из-за наличия стула в прямой кишке

№	Действие	Объяснение
11	Смажьте суппозиторий, введите его в анальный канал и расположите вдоль слизистой оболочки прямой кишки	Помещение суппозитория вдоль слизистой оболочки прямой кишки способствует более быстрому всасыванию
12	Посоветуйте пациенту принять положение лежа на спине и немного отдохнуть Предупреждение для медсестры: Посоветуйте пациенту не напрягаться	Движение может усилить дискомфорт и стимулировать перистальтику Напряжение приведёт к выталкиванию суппозитория
13	Утилизируйте перчатки и вымойте руки	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
14	Задokumentируйте процедуру	Чтобы обеспечить непрерывность ухода

Проведение ректальной клизмы

Определение: процесс введения терапевтической жидкости в нижний отдел кишечника через прямую кишку.

Цель:

- Облегчение опорожнения кишечника.
- Облегчение запора.

Оборудование:

1. Чистые перчатки.
2. Маска для лица.
3. Гелеобразный анестетик-лубликант.
4. Назначение клизмы.
5. Ректальная трубка или аспирационный катетер (размер 14).
6. Фартук.
7. Почкообразный лоток.

Общие инструкции:

1. Клизму следует ставить в месте, где туалет находится в непосредственной близости от пациента.
2. Проверьте кружку клизмы на наличие загрязнений.
3. Клизма может подойти не всем пациентам, особенно если общее состояние пациентов плохое.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Вымойте руки	Чтобы предотвратить заражение
2	Объясните процедуру пациенту	Чтобы уменьшить беспокойство и наладить сотрудничество
3	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
4	Поместите кружку для клизмы в таз с теплой водой	Теплая клизма способствует сокращению кишечника и предотвращает дискомфорт, связанный с переохлаждением
5	Попросите пациента принять положение лежа на левом боку, согнув правую ногу в колене и бедре и вытянув правую ногу. Подвиньте согнутое колено как можно ближе к груди.	Поскольку нисходящая сигмовидная кишка и прямая кишка расположены с левой стороны, положение лежа на левом боку облегчает доступ
6	Наденьте чистые перчатки	Чтобы предотвратить загрязнение рук
7	Обильно смажьте указательный и средний пальцы доминирующей руки анестезирующим гелем-лубрикантом	Чтобы избежать трения при введении пальца в анальный канал и уменьшить боль
8	Разделите ягодичные складки доминирующей рукой и визуально проверьте целостность перианальной кожи	Перианальные ссадины на коже или внешний геморрой требуют особого внимания, так как для этих пациентов ректальное обследование может быть очень болезненным
9	Помещение пальца на анус на несколько секунд вызовет рефлекс сокращения, а затем расслабления анального сфинктера [17]	Работа с анальным рефлексом помогает облегчить введение

№	Действие	Объяснение
10	Посоветуйте пациенту сделать глубокий вдох, и, пока он дышит, осторожно введите смазанный указательный палец в задний проход	Глубокие вдохи расслабляют анальный сфинктер
11	Пальпируйте анальный канал на предмет фекальных масс. Если они есть, удалите их вручную, перед тем как поместить суппозиторий	Опорожнение нижнего отдела кишечника иногда бывает неполным, если до проведения клизмы не выполняется ручное опорожнение
12	Если у пациента запор в течение более 3 дней или количество каловых масс в прямой кишке небольшое, то будет достаточно низкой клизмы	Проведение низкой клизмы при большом количестве стула приведет к неполному удалению содержимого стула из сигмовидной кишки
13	Высокая клизма необходима, если у пациента запор более 3 дней или если в прямой кишке пальпируется большое количество стула	Высокая клизма способствует полному удалению каловых масс из прямой кишки
14	Низкая клизма а. Обильно смажьте ректальную трубку клизмы и осторожно введите трубку в прямую кишку, попросив пациента сделать глубокий вдох. Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что трубка не перекручена во время введения	Глубокий вдох расслабляет анальный сфинктер Невозможно будет ввести раствор клизмы, если ректальная трубка перекручена
15	Высокая клизма б. Смажьте всасывающую трубку 14-го размера и осторожно введите трубку в прямую кишку, попросив пациента сделать глубокий вдох. Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что трубка не перекручена во время введения	Глубокий вдох расслабляет анальный сфинктер Невозможно будет ввести раствор клизмы, если ректальная трубка перекручена
16	После введения отсасывающего катетера полностью подсоедините ректальную трубку клизмы к дистальному концу отсасывающего катетера	

№	Действие	Объяснение
17	Освободите зажим на кружке клизмы и осторожно сожмите пакет, пока вся жидкость не попадет в прямую кишку через ректальную трубку Предупреждение для медсестры: Убедитесь, что раствор для клизмы не слишком горячий, поместив его на запястье перед введением	Слишком горячий раствор для клизмы вызовет серьезный дискомфорт у пациента
18	Посоветуйте пациенту подержать раствор около 5 минут (если возможно), а затем сходить в туалет	Удержание раствора в течение 5 минут облегчит расслабление застойного стула
19	Утилизируйте перчатки, вымойте руки	Чтобы предотвратить кросс-инфицирование
20	После испражнения спросите у пациента, чувствует ли он/ она облегчение, задокументируйте ответ и процедуру	Для обеспечения непрерывности лечения

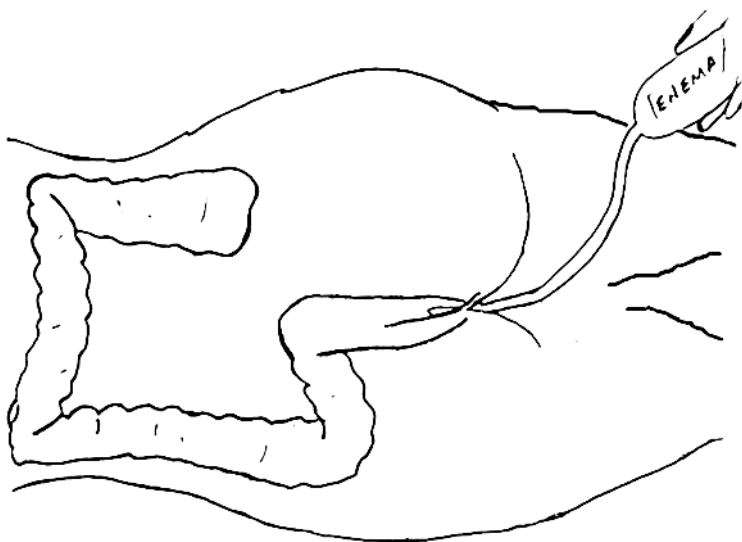


Рис. 36. Проведение низкой клизмы в левой латеральной позиции

УХОД ЗА РАНОЙ

Определение: процесс очистки раны с соблюдением правил асептики.

Цель:

1. Очистить рану и удалить мертвые клетки.
2. Для лечения и профилактики инфекции.
3. Обеспечить увлажнение.
4. Для облегчения заживления ран (при незаживающих злокачественных ранах проводится уход за раной, чтобы обеспечить комфорт и благополучие пациента).

Оборудование:

1. Стерильный лоток.
2. Стерильная чаша.
3. Стерильная марля.
4. Стерильная повязка.
5. Стерильные перчатки [2].
6. Бинт.
7. Почкообразный лоток.
8. Фартук.
9. Физиологический раствор.
10. Ножницы хирургические.
11. Лейкопластырь.
12. Порошок метронидазола (из таблеток без покрытия) или раствор/ другой предписанный продукт.
13. Лидокаиновый гель, если требуется.
14. Инъекция бупивакаина, если требуется (для местного применения через марлевую салфетку).
15. Порошок сукральфата (при необходимости).

16. Адреналин 1 : 1000 ампула (при необходимости под наблюдением врача).
17. Марля с вазелином, если требуется.
18. Скипидарное масло при необходимости.

Общие инструкции:

1. Купание следует совершать перед перевязкой, а перевязку — сразу после купания, так как повязка впитывает воду.
2. Желательно, чтобы пациент ел, перед тем как делать перевязку, поскольку боль и неприятный запах могут уменьшить потребление пищи.
3. Стадия перевязки раны должна быть продемонстрирована пациенту и членам его семьи, осуществляющим уход, чтобы они могли регулярно проводить уход за раной самостоятельно.

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните процедуру пациенту и покажите члену семьи, осуществляющему уход, процедуру перевязки ран	Чтобы уменьшить беспокойство, связанное с процедурой Пояснения о повязке на рану перед началом процедуры уменьшит ожидаемую боль Для расширения возможностей членов семьи, осуществляющих уход, и обеспечения приверженности
2	Закройте дверь или используйте ширму	Чтобы обеспечить приватность
3	Помогите пациенту принять удобное положение, облегчающее доступ к ране	Для обеспечения комфорта пациента и облегчения доступа к ране
4	Соберите все оборудование у постели пациента	Правильное расположение предметов позволяет грамотно провести процедуру

№	Действие	Объяснение
5	Вымойте руки	Чтобы разорвать цепочку перекрёстного заражения
6	Наденьте стерильные перчатки	Для защиты рук от контакта с биологическими жидкостями
Удаление загрязненной повязки		
7	Аккуратно снимите бинт с загрязненной повязки пациента Не удаляйте повязку и марлю, покрывающую рану, при снятии бинта	Для облегчения доступа к ране пациента
8	Не удаляйте повязку и марлю, покрывающую рану, при снятии бинта	Удаление повязки и марли, которые находятся в контакте с раной, прежде чем намочить их, провоцирует боль и может привести к кровотечению
9	Намочите повязку, марлю и рану стерильным физиологическим раствором и подождите 5 минут	Смачивание повязки, марли и раны обеспечивает увлажнение сухих участков и облегчает снятие прилипших повязок, уменьшая таким образом боль и риск кровотечения
10	Аккуратно снимите загрязненную марлю и повязку и выбросьте их в почкообразный лоток	Аккуратное удаление снижает риск боли, ранения и кровотечения
11	Выбросьте перчатки и наденьте новые стерильные перчатки	Чтобы предотвратить перекрёстное заражение
Очистка раны		
12	Стерильной марлей и стерильным физиологическим раствором осторожно очистите рану	Для удаления мертвых клеток и загрязнений из раны
13	Принципы очистки ран: Всегда очищайте сначала чистое место, а потом нечистое. При круговых ранах: а) круговыми движениями очистите центр и по спирали двигайтесь к периферии изнутри наружу концентрическими кругами; б) используйте один кусок марли для каждого концентрического кругового движения	Удаление загрязняющих веществ из чистой зоны Рана всегда считается чистой зоной, а окружающая кожа — нечистой Даже в случае инфицированной раны рана считается чистой, а окружающая кожа — нечистой

№	Действие	Объяснение
	<p>При линейных ранах:</p> <p>а) начните прямо с раны и делайте нисходящие движения;</p> <p>б) аналогичным образом очистите рану по бокам;</p> <p>в) используйте один кусок марли для каждого нисходящего движения</p>	
14	После очистки раны при необходимости посыпьте сырую рану порошком метронидазола и накройте рану влажной марлей	<p>Метронидазол — антибиотик, который действует как на грамположительные, так и на грамотрицательные организмы; он очень эффективен против анаэробных организмов</p> <p>Наложение влажной марли на рану сохраняет рану гидратированной и облегчает автолиз</p>
15	Накройте пораженный участок стерильной подушечкой	Для защиты раны и облегчения всасывания экссудата
16	Накрыв рану стерильной повязкой, используйте бинт, чтобы обернуть стерильные повязки	Чтобы закрепить повязку на месте и обеспечить дополнительную защиту
17	Убедитесь, что бинт намотан не слишком туго и не слишком свободно	Если бинтование слишком тугое, пациент может испытывать боль, а если слишком свободное, повязка может упасть
18	Выбросьте загрязненные отходы в соответствующий мешок	Чтобы предотвратить загрязнение окружающей среды
19	Утилизируйте перчатки и фартук, вымойте руки	Чтобы предотвратить перекрёстное инфицирование
20	Помогите пациенту принять удобное положение	Чтобы обеспечить удобство пациента
21	<p>Задokumentируйте следующее:</p> <p>а) размер и форма раны;</p> <p>б) наличие инфекции;</p> <p>в) наличие экссудата, омертвевшей кожи и струпов;</p> <p>г) состояние раны;</p> <p>д) антибиотик, использованный для промывания;</p> <p>е) дата следующего наблюдения</p>	Для обеспечения непрерывности лечения
22	Поощряйте членов семьи к тому, чтобы они проводили правильную практику очистки раны и регулярно делали перевязку	Чтобы обеспечить соблюдение режима лечения и его непрерывность

Как приготовить перевязочный материал в домашних условиях

1. Физиологический раствор можно приготовить дома, добавив щепотку соли в стакан воды или две чайные ложки соли на литр воды и прокипятив ее в течение 20 минут. Приготовленный физиологический раствор предназначен только для одноразового использования. Его следует готовить по мере необходимости.
2. Повязку можно приготовить, разрезав мягкую хлопковую ткань на мелкие кусочки и пропарив их в пустой посуде или в скороварке. Ткани, обработанные таким образом, следует брать непосредственно из посуды, чтобы сохранить их стерильность.
3. Их можно хранить в чистом контейнере, они больше не считаются стерильными, но могут быть использованы в течение 24 часов.
4. Таблетки метронидазола можно передать членам семьи, чтобы они перетерли их в порошок и могли хранить дома.

Как справиться с болью во время перевязки

В данном случае это относится к боли, связанной с проведением перевязки (процедурная боль).

1. Случайную боль можно контролировать, вводя облегчающую дозу анальгетика за полчаса до перевязки или рассчитывая время наложения повязки через полчаса после обычной дозы.
2. Кетамин также можно вводить сублингвально в дозе 0,25–0,5 мг/ кг за 15 минут до перевязки. Тот же препарат, что и для инъекций, вводится сублингвально.
3. Очень важно полностью намочить повязку, перед тем как снимать ее с раны. Удаление сухой повязки вызывает дополнительные травмы, кровотечение и боль.

4. Неприлипающая повязка, например марля с вазелином, может быть менее болезненной при снятии. Но ее нельзя использовать при активной инфекции.
5. Марля, пропитанная бупивакаином, уменьшает боль при наложении перед перевязкой.
6. Порошок метронидазола можно смешать с желе из лидокаина, чтобы получить пасту, уменьшающую боль.

Как справиться с кровотечением из раны в домашних условиях

Кровотечение более выражено при злокачественных язвах. По этой причине избегают механической обработки раны. Чтобы остановить и предотвратить кровотечение, можно принять следующие меры.

1. Не снимайте сухую повязку. Перед снятием повязки всегда смачивайте ее.
2. Следует проявлять особую осторожность при перевязке ран, склонных к кровотечению.
3. Неприлипающая повязка, такая как марлевая повязка с вазелином, может минимизировать травмы при снятии повязки и снизить риск кровотечения.
4. Давящая повязка с дополнительными тампонами помогает уменьшить кровотечение.
5. Незначительное кровотечение можно контролировать с помощью повязки из порошка сукральфата или повязки из альгината кальция.
6. В случае обильного кровотечения компрессирование раны в течение 10 минут марлей, пропитанной адреналином (1:1000), помогает остановить кровотечение. Эту меру следует использовать с осторожностью, так как есть вероятность повторного кровотечения, когда действие адреналина пройдет. Также существует риск аваскулярного некроза.

7. При носоглоточном кровотечении можно использовать ополаскиватель для рта Tranexamic 2 раза в день. Раствор готовится в виде 5 граммов транексамовой кислоты в 50 мл теплой воды.
8. Системный антигеморрагический агент, такой как этамзилат, и фибринолитический антагонист, такой как транексамовая кислота, могут помочь предотвратить кровотечение.
9. Интенсивное кровотечение, которое невозможно контролировать с помощью этих методов, может потребовать вмешательства хирурга.

Лечение чрезмерного экссудата в домашних условиях

1. Определите причину чрезмерного экссудата. Если чрезмерный экссудат вызван инфекцией, его следует лечить местными и системными антибиотиками.
2. Кожу вокруг раны следует защищать смягчающими средствами, так как экссудаты могут вызвать мацерацию кожи вокруг раны.
3. Для впитывания выделений можно использовать дополнительные ватные диски. Количество дисков будет зависеть от степени намокания внешней повязки и бинтов.
4. Если экссудаты не удается контролировать дополнительными тампонами, рассмотрите возможность использования абсорбирующей повязки, такой как угольная повязка, повязка из гидроволокна и альгинатная повязка, если это возможно.
5. Если возможно, рассмотрите использование повязки с отрицательным давлением (NPWD) с отсасывающим устройством в домашних условиях.

Борьба с заражением личинками

Заражение личинками происходит, когда рана остается открытой и не лечится регулярно. Таким образом, очень важно еще раз подчеркнуть значимость регулярной очистки раны и покрытия раны повязкой во время каждого посещения врача на дому.

Различные методы удаления личинок

Убедитесь, что в небольшом сосуде есть горячая вода, чтобы убить личинок после их удаления.

Механическое удаление и промывание. Личинки, находящиеся неглубоко, можно удалить механически с помощью щипцов или влажной марли, а рану промыть физиологическим раствором.

Удушье. Личинкам для выживания требуется кислород. Таким образом, личинки можно задушить до смерти, применив парафиновую мазь или три парафиновых марли поверх раневого ложа, чтобы заблокировать циркуляцию воздуха на 24 часа. Мертвых личинок можно удалить вручную, иначе они будут разрушены макрофагами и впоследствии вымыты во время регулярного ухода за раной. Порошок метронидазола можно добавить в ложе раны перед наложением парафиновой марли, чтобы подавить рост анаэробных организмов.

Техника «игры в прятки». Личинки боятся света. Они склонны прятаться в щели под воздействием света. Таким образом, можно использовать марлю или тампон, чтобы закрыть ложе раны на 30–60 секунд. Это побуждает личинок вернуться в ложе раны, и их можно быстро удалить с помощью щипцов или влажной марли.

Использование скипидара [45, 46]. Скипидар следует использовать с большой осторожностью, так как он может вызвать ожоги кожи. Его можно использовать для удаления личинок, прячущихся глубоко внутри ран. На ложе раны кладут кусок марли, смоченной 2 мл скипидарного масла. Затем его накрыв-

вают большим тампоном примерно на 5 минут. Запах скипидара заставит личинку выйти из более глубоких участков раны. Ее можно взять пинцетом и опустить в ванну с горячей водой.

Диетическая поддержка пациентов с хроническими язвами

Хроническая язва увеличивает потребность пациента в питательных элементах. В среднем пациенты с хроническими язвами нуждаются в калориях от 30 до 35 кал/кг/день, а потребность в белке — 1,5 г/кг/день. (Обратитесь к таблице питательной ценности продуктов, приведенной ниже, чтобы составить диету для пациента с хронической язвой.)

Продукты	Объем	Калории	Белок, г
Вареный белый рис	1 ст.	170	4,4
Даль	½ ст.	100	7
Кусок сои	45 г	160	24
Овощи (сухие)	1 стакан	150	5,2
Доса	1 шт.	125	2,51
Идли	2 шт.	150	3,2
Чапати	1 шт.	120	3,1
Улма	1 стакан	270	3,4
Раги (сырой)	50 гр	170	4
Белый хлеб	2 шт.	170	5,2
Яйцо	1 шт.	74	6,29
Баранина карри	¾ стакана	260	18
Курица карри	¾ стакана	240	22,4
Рыба	100 г	206	22
Молоко	1 стакан	146	7,8
Чёрный чай	240 мл	2	0
Чёрный кофе	240 мл	2	0,28
Песок	1 чайная ложка	16	0

*1 стакан = 200 мл; 1 чайная ложка = 5 грамм.

УХОД В СЛУЧАЕ СМЕРТИ НА ДОМУ

Что делать в случае смерти?

Признаки смерти:

- Отсутствие самостоятельного дыхания.
- Отсутствие сердечной деятельности.
- Зрачки расширены и зафиксированы.

В клинических условиях для подтверждения и объявления смерти требуется зарегистрированный практикующий врач, медсестры не имеют на это права. Но когда смерть наступает дома, практика подтверждения смерти различна в разных государствах. Когда такое событие произойдет, будет разумно следовать политике государства.

Общие рекомендации:

- Независимо от того, насколько длительной была подготовка или насколько ожидаемой была смерть, когда она наступает, это всегда болезненно для окружающих. Очень важно дать семье время и место, чтобы скорбеть о любимом человеке.
- Запишите время смерти, характер смерти, присутствовавших и подробности подтверждения смерти в истории болезни пациента [47, 48].
- При оказании помощи после смерти обсудите предпочтения пациента и семьи, а также местные культурные обычаи, которым необходимо следовать [48].
- Позаботьтесь об обеспечении конфиденциальности и достоинства умершего и его семьи при оказании помощи в случае смерти.
- Привлекайте семью к посмертному уходу за пациентом, если она хочет этого.
- Если медицинская помощь в случае смерти предоставляется медсестрой, укажите это в истории болезни пациента.

- Члены бригады по уходу на дому должны носить соответствующие средства индивидуальной защиты [48] и соблюдать стандартные меры предосторожности при проведении ухода в случае смерти. Если есть потенциальный источник инфекции, посоветуйте членам семьи носить СИЗ. (См. главу о стандартных мерах предосторожности.)
- Если есть какие-либо выделения из ротовой полости, поверните пациента в сторону и слейте выделения.
- Глаза следует закрыть, слегка надавив на них в течение 30 секунд [48].
- Удалите все внутренние устройства, такие как мочевые катетеры, назогастральный зонд и внутривенный катетер, и внесите их в карту пациента [47]. Закрепите впитывающие ватные диски липкой лентой на месте прокола и на ране, чтобы предотвратить утечку и загрязнение [48].
- Уложите умершего на спину и выпрямите все суставы. Когда наступает трупное окоченение, манипулирование суставами становится затруднительным, поэтому все суставы следует выпрямлять как можно быстрее.
- Подложите под голову подушку. Это сохраняет ровное положение тела и удерживает челюсть закрытой [47].
- Поскольку последнее омовение входит в число последних обрядов для покойного, обсудите омовение с семьей покойного.
- Когда сфинктер расслабляется, может произойти утечка мочи и кала; размещение впитывающих ватных тампонов предотвратит загрязнение.
- Бритье после смерти не рекомендуется, так как это может вызвать образование синяков [48].
- Держите челюсть закрытой при помощи рулона из полотенца, размещенного под подбородком [47], или при помощи повязки с биндом, свободно повязан-

ной вокруг головы [48]. Если повязка будет слишком тугой, она может оставить следы [47].

- Убедитесь, что вещи пациента переданы семье пациента, и задокументируйте это.
- Предложите семье поддержку посредством тихого и сочувственного присутствия, активного слушания и мягкого прикосновения.
- Запланируйте визиты для оказания поддержки в случае утраты и зафиксируйте это в истории болезни.

Уход за пациентами в особых обстоятельствах

Дренирование асцита или перитонеальный парацентез

Определение: перитонеальный парацентез — это хирургическая пункция брюшной полости для облегчения оттока асцитической жидкости.

Цель:

- Для терапевтического удаления жидкости при выраженном вздутии живота или связанном с ним дистрессе.

Противопоказания:

- Заметное вздутие кишечника (сначала исправьте растяжение, используя назогастральный отсос или декомпрессию через ректальную трубку).
- Предыдущая операция на брюшной полости (рубец рядом с предполагаемым местом введения иглы).
- Тяжелая тромбоцитопения (количество тромбоцитов <50 000).
- Нарушение свертывания крови.
- Когда общее состояние пациента плохое.

Общие инструкции:

1. Обсудите с врачом состояние пациента и результаты осмотра и попросите у врача совета относительно необходимости процедуры.
2. Целесообразно выполнять первое дренирование в учреждении.

Оборудование:

1. Стерильный лоток.
2. Стерильная марля.
3. Стерильный тампон.
4. Хирургический спирт и повидон-йод.
5. 1%-ный лидокаин.
6. Шприц 5 мл с:
 - а) иглой 21-го или 22-го калибра $1\frac{1}{2}$ дюйма;
 - б) иглой 18–20-го калибра $1\frac{1}{2}$ дюйма.
7. СИЗ.
8. Одноразовый набор для дренирования асцита.
9. Стерильное полотенце с отверстием в центре/ одноразовая простыня.
10. Одноразовый контейнер.
11. Лейкопластырь.
12. 1%-ный раствор гипохлорита натрия.

Предварительная оценка:

Оцените общее состояние пациента и жизненно важные функции.

Физикальное обследование: наличие асцитической жидкости можно определить, проверив «гуляющий глухой звук». В целом для надежного диагностирования этим методом у пациента должно быть не менее 1500 мл жидкости. У пациентов с ожирением может быть сложно выявить асцит небольшого объема. В таких случаях может потребоваться ультразвуковое исследование.

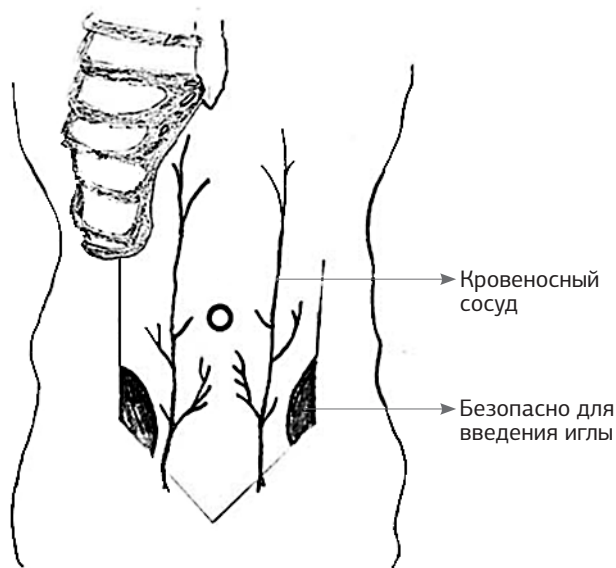


Рис. 37. Определение места прокола для дренирования асцита

Процедура:

№	Действие	Объяснение
1	Объясните цель, риски, преимущества и этапы процедуры и получите информированное согласие	Чтобы заручиться поддержкой пациента
2	Проверьте анамнез пациента на гиперчувствительность к местному анестетику	Чтобы предотвратить анафилактическую реакцию
3	Попросите пациента опорожнить мочевой пузырь	Чтобы снизить риск повреждения мочевого пузыря и обеспечить пациенту комфорт во время процедуры
4	Соберите материалы и подготовьте стерильное поле	Чтобы предотвратить заражение
5	Положите пациента на спину на край стола, так, чтобы туловище было приподнято на 45 градусов	Асцитическая жидкость скапливается в боку в положении лежа на спине с поднятым туловищем на 45 градусов

№	Действие	Объяснение
6	Место ввода иглы может находиться в левом или в правом нижнем квадранте между пупком и передней верхней подвздошной остью или боком пациента, в зависимости от местоположения жидкости, определяемого перкуссией волны жидкости	Правый или левый нижний квадрант между пупком и передней верхней подвздошной остью — это самое безопасное место, так как это уменьшает риск травмирования органов брюшины
7	Избегайте старых хирургических рубцов	Кишечник может прилегать к брюшной стенке в случае проведенных ранее операций
8	Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки и другие средства индивидуальной защиты	Во избежание заражения и контакта с биологической жидкостью
9	Очистите место прокола круговыми движениями изнутри наружу сначала повидон-йодом, затем хирургическим спиртом. Используйте отдельный кусок бинта для каждого движения	Это движение удаляет микробы от центра к периферии
10	Накройте участок стерильным полотенцем с центральным отверстием или другой одноразовой стерильной тканью	Чтобы предотвратить загрязнение участка и рук
11	Анестезируйте кожу на месте введения иглы 1%-ным лидокаином, используя шприц на 5 мл и иглу 22-го размера, затем анестезируйте до брюшины включительно	Обезболить пораженную область, чтобы процедура могла быть выполнена с минимальным дискомфортом
12	Присоедините трубку для переливания крови к игле 18-го размера. Вырежьте сборную камеру трансфузионной трубки и подсоедините дистальный конец трубки к дренажной бутылке. (Выполняйте это с помощью другого человека, чтобы убедиться в отсутствии загрязнения.)	Чтобы предотвратить разлив асцитической жидкости во время прокола
13	Прикрепленной к трубке иглой проколите анестезированную кожу. Удерживая иглу перпендикулярно брюшной стенке, медленно продвигайте иглу, пока жидкость не потечет в трубку. По мере продвижения иглы через фасцию вы будете чувствовать некоторое сопротивление	Важно держать иглу перпендикулярно, так как цель состоит в том, чтобы глубоко проникнуть в брюшную полость, где скапливается жидкость. Наклон иглы может привести к тому, что скос иглы останется в подкожном жире или в мышце, что приведет к прерыванию или к отсутствию потока асцитической жидкости

№	Действие	Объяснение
14	<p>Терапевтическое дренирование продолжается до тех пор, пока состояние пациента не улучшится; при этом необходимо наблюдать жизненно важные показатели пациента.</p> <p>Предупреждение для медсестры. Когда нужно остановить процедуру?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Артериальное давление падает по отношению к исходному уровню. ➤ Снижение объема пульса. ➤ Изменение уровня сознания и чувствительности пациента. ➤ Геморрагические осложнения 	<p>Мониторинг жизненно важных функций имеет большое значение, осложнения дренирования, такие как гипотония, должны быть обнаружены на ранней стадии</p> <p>У некоторых пациентов эти осложнения могут быть опасны для жизни, поэтому, если они наблюдаются, от процедуры следует отказаться</p>
15	<p>После завершения процедуры осторожно извлеките иглу, заклеив место прокола стерильной марлей</p>	<p>Риск повреждения органов брюшины выше, когда асцитическая жидкость слита, поэтому с иглой следует обращаться осторожно</p>
16	<p>Накройте пораженный участок стерильными ватными дисками и закрепите липкой лентой. Эту повязку можно снять через 12–24 часа, если нет утечки жидкости</p>	<p>У некоторых пациентов может наблюдаться утечка асцитической жидкости через место прокола, которая будет поглощена стерильной повязкой</p>
17	<p>Если есть постоянная утечка, стерильную повязку оставляют до тех пор, пока утечка не исчезнет сама по себе</p>	
18	<p>При чрезмерной утечке можно использовать стомный калоприемник для сбора протекающего раствора до тех пор, пока не произойдет герметизация. В очень редких случаях пациенту может потребоваться наложение одинарного шва</p>	
19	<p>Проследите, чтобы пациент пролежал еще полчаса на спине, до того как начнет двигаться</p>	<p>Склонность к головокружению после процедуры усиливается, поэтому пациенту не следует двигаться сразу после процедуры</p>
20	<p>Слитую жидкость следует обработать 1%-ным раствором гипохлорита натрия и выбросить</p>	<p>Чтобы предотвратить заражение и снизить вероятность инфекции</p>

№	Действие	Объяснение
21	Выбросьте перчатки, вымойте руки	Чтобы предотвратить перекрёстное инфицирование
22	Перед тем как покинуть дом пациента, снова измерьте и запишите АД и пульс	Чтобы убедиться, что состояние пациента стабильно после процедуры
23	Посоветуйте пациенту принять ванну через 48 часов	Чтобы снизить стресс в месте прокола
24	Задokumentируйте процедуру: а) слитый объем; б) цвет жидкости; в) неблагоприятные события; г) показатели жизнедеятельности	Обеспечение непрерывности лечения

Может ли абдоминальный парацентез выполняться бригадой по уходу на дому?

Традиционно абдоминальный парацентез выполнялся врачами в условиях стационара. Но недавно в нескольких исследованиях изучалась эффективность абдоминального парацентеза под руководством медсестры в условиях ухода на дому. Эти исследования показали, что абдоминальный парацентез под руководством медсестры снижает стоимость и является безопасным [49–52]. Аналогичный подход был распространен и на хосписы на базе местных сообществ [51]. В другом исследовании изучалась безопасность обучения ассистентов-эндоскопистов выполнению абдоминального парацентеза, и было обнаружено, что эти процедуры безопасны и эффективны [53]. Эти процедуры выполнялись без ультразвукового контроля. Хотя ультразвуковое наблюдение рекомендуется для снижения риска кровотечения и повышения эффективности процедуры, это исследование показало, что даже при наличии тромбоцитопении и увеличенного протромбинового времени абдоминальный парацентез, выполняемый эндоскопическими ассистентами без ультразвукового контроля, является безопасным и эффективным [53]. В системе паллиативной помощи на дому в штате Керала абдоминальный парацентез очень часто выполняется

обученной медсестрой паллиативной помощи на дому. После обследования медсестра обсуждает полученный результат с дежурным врачом, после чего по указанию врача проводит абдоминальный парацентез с соблюдением правил асептики. Это делается для снижения затрат и неудобств, связанных с транспортировкой пациента в стационар. Мы обнаружили, что такой подход безопасен и рентабелен.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ СО СТОМАМИ

Уход за пациентом с колостомой

Операция по наложению стомы — это операция по созданию отверстия изнутри наружу. Стома — это отверстие, которое соединяет полость тела с внешней средой. Стомы в зависимости от их назначения, длительности расположения и количества отверстий подразделяются на несколько типов.

По назначению:

- Входные стомы:
 - трахеостомия, гастростомия, еюностомия.
- Выходные стомы:
 - илеостомия, колостомия, уростома.

В зависимости от местоположения:

- Илеостомия.
- Колостома восходящей ободочной кишки.
- Поперечная колостома толстой кишки.
- Колостома нисходящей ободочной кишки.
- Колостома сигмовидной кишки.

В зависимости от продолжительности:

- Временное (восстановление прямой кишки).
- Постоянное (злокачественные новообразования).

По количеству стом:

- Колостомия с одним стволом (илеостомия).
- Колостомия с двойным стволом (петлевая колостома).

Характерные особенности стом с разным выходом на основе местоположения

Илеостомия:

В среднем у пациентов с илеостомией объем выделений составляет от 500 до 1300 мл, а в начальный послеоперационный период он может достигать 1800 мл [54]. Поскольку пациенты с илеостомией теряют много воды, которая в основном всасывается в толстом кишечнике, у них повышается риск развития обезвоживания и почечных камней. Таким образом, пациентам с илеостомией рекомендуется увеличить потребление воды на 500–750 мл [54]. У них также может развиваться электролитный дисбаланс, поскольку потеря натрия и калия больше происходит через илеостому. Поскольку на выходе из илеостомы повышена концентрация пищеварительных ферментов, из-за них легко могут развиваться ссадины на коже. Стул жидкий, а выделение жидкости непредсказуемо, поэтому важно, чтобы пациент всегда носил калоприемник.

Восходящая колостома:

Располагается на правой стороне живота. Выделения имеют кислую природу с более высокой концентрацией пищеварительных ферментов. Стул жидкий по своей природе с непредсказуемым выделением, поэтому пациентам рекомендуется всегда носить калоприёмник.

Поперечная колостома:

Состояние стула при поперечной колостомии — от жидкого до полусформированного. Поскольку выделения непредсказуемы, рекомендуется, чтобы пациент всегда носил калоприёмник [55]. Поскольку поперечная колостома выполняется

в верхней части живота, маскировать стому и калоприёмник может быть сложной задачей. Выделения поперечной колостомы содержат пищеварительные ферменты, раздражение кожи может возникнуть при протекании или при отсутствии защиты кожи.

Нисходящая колостома:

Стома расположена в левом нижнем углу живота. Состояние стула при нисходящей колостоме — от полусформированного до полностью сформированного. На этом этапе всасывание воды завершено и в стуле отсутствуют пищеварительные ферменты. Опорожнение кишечника при колостомии нисходящей толстой кишки в основном можно предсказать. Иногда между опорожнением может происходить разлив стула, поэтому безопаснее носить калоприёмник [55]. При нисходящей колостоме кишки возможно промывание стомы.

Сигмовидная колостома:

Пациентам с сигмовидной колостомой доступно лучшее качество жизни по сравнению с другими стомами. Это потому, что стул полностью сформирован и полностью лишен пищеварительных ферментов. Опорожнение кишечника можно предсказать. При сигмовидной колостоме вполне возможно промывание колостомы. Некоторые пациенты могут предпочесть испражнение без промывания. Как только толстая кишка нагружается значительным количеством фекалий над стомой, естественным образом возникает рефлекс и начинается испражнение. Некоторым пациентам может потребоваться легкая стимуляция путем питья чая, кофе, теплой воды или сока [55]. После завершения опорожнения этим пациентам необходимо носить только небольшой защитный калоприёмник.

Проблемы, с которыми сталкиваются пациенты с колостомией

Факторы риска осложнений при стомах:

1. Высота стомы менее 10 мм от поверхности живота.
2. Сопутствующие заболевания: диабет, ожирение и нарушения свертываемости крови.
3. Употребление табачных изделий пациентом.

Перистомальные кожные осложнения:

Обычно перистомальная кожа должна иметь внешний вид и текстуру, аналогичные коже живота. Проблемы перистомальной кожи часто встречаются у пациентов со стомами. Когда возникает перистомальное раздражение кожи, очень важно определить причину. Причина может иметь химическое, механическое или микробиологическое происхождение [56]. Иногда эти причины могут накладываться одна на другую. Протеолитический фермент, вступающий в контакт с неповрежденной кожей, является одним из основных источников раздражения кожи. Правильный размер кожного барьера вокруг стомы и нанесение барьерного крема защищают и предотвращают раздражение кожи. Порошок карая, смешанный с яичным белком, очень эффективен при лечении раздражения кожи. У некоторых пациентов может быть аллергия на материал калоприёмника. В таких случаях решающее значение имеет выбор правильного калоприёмника. Механическое повреждение происходит при удалении кожного барьера. Характерны такие повреждения, как волдыри, шелушение и ссадины на коже. Если вы научите пациента и членов его семьи, осуществляющих уход, осторожно проталкивать кожу вокруг барьера, это поможет предотвратить механические травмы [57]. Среди пациентов с диабетом и иммунодепрессантами распространены микробные инфекции. Влага вокруг стомы предрасполагает к грибковой инфекции. В этом случае характерны пятнисто-папулезная сыпь и сопутствующие поражения. Может возникнуть эритема и зуд [56]. Пациентам следует посоветовать промокать перистомальную кожу

и присыпать ее противогрибковым порошком для лечения грибковой инфекции.

Гангренозная пиодермия:

Гангренозная пиодермия относительно редкая проблема у пациентов со стомой. Она характеризуется воспалительными, болезненными, язвенными кожными поражениями [58]. Обычно это наблюдается у пациентов с воспалительным заболеванием кишечника. Женщины страдают чаще, чем мужчины. Диагноз ставится клинически на основании внешнего вида. Лечение этого состояния часто бывает трудным и требует многопрофильной команды. Лечение включает местное лечение ран с помощью удерживающих влагу повязок, системных стероидов и антибиотиков.

Обезвоживание:

За исключением колостомы сигмовидной кишки и колостомы нисходящей ободочной кишки, через другие стомы наблюдается потеря жидкости. Такие пациенты подвержены риску обезвоживания, если они не потребляют достаточного количества жидкости. В среднем пациенты с колостомой должны выпивать от 1,5 до 2 литров жидкости в день [58, 59]. Для них хорошо всегда носить с собой воду и «пить мало, но часто».

Некроз стомы:

Это раннее осложнение после операции. Оно возникает из-за венозного застоя и артериальной недостаточности [54]. Нормальный цвет стомы — ярко-розовый или темно-красный. Некроз чаще встречается у людей с ожирением. Посинение стомы является признаком ишемии. При подозрении на ишемию за пациентом следует наблюдать, поскольку может потребоваться хирургическое вмешательство. Бледная стома указывает на анемию.

Стомальное кровотечение:

Незначительное кровотечение часто встречается непосредственно в послеоперационном периоде. Это может произойти из-за неаккуратного обращения со стомой. Разрывы при смене калоприёмника и случайные травмы могут вызвать кровотечение [60]. Особенно важно осторожное обращение со стомой у пациентов с портальной гипертензией и варикозным расширением вен. Незначительное кровотечение можно остановить путем компрессии влажной ледяной марлей [58] и применения порошка сукральфата. Если кровотечение не контролируется обычными методами, потребуются привлечение хирурга и прижигание.

Ретракция стомы:

Втягивание стомы определяется как стома, которая находится на 0,5 см или более ниже поверхности кожи [61]. Это может повлиять на прилегание калоприёмника, вызвать утечку и привести к стенозу и непроходимости. Пациенты с ожирением, пациенты с толстой брюшной стенкой и исходной высотой стомы менее 10 мм имеют больший риск развития втягивания. Втянутая стома из-за плохого прилегания может вызвать кожные осложнения [61]. Конвексные калоприёмники помогают справиться при ретракции стомы [60]. Пояс калоприёмника или пластина в сочетании с конвексным калоприёмником может распрямить кожные складки и улучшить сцепление с защитной пленкой. В случае, если конвексный калоприёмник не справляется, вызванные рефракцией повторяющиеся кожные осложнения являются показанием к осмотру стомы [61].

Пролапс стомы:

Пролапс стомы определяется как выдвижение стомы больше нормальной длины. Хотя выпадение стомы обычно не сопровождается болью, оно может вызвать психологическое расстройство у пациента [60]. Большое отверстие в брюшной полости, плохая фиксация кишечника, слабые мышцы живота,

повышенное внутрибрюшное давление, беременность, ожирение увеличивают вероятность пролапса [61]. Пролапс чаще встречается при колостомиях с поперечной петлей и при колостомиях нисходящей толстой кишки. Пролапс стомы может вызвать проблемы с прикреплением калоприёмника. Отек из-за пролапса может привести к плохой перфузии и к ишемии. Неосложненный пролапс без ишемии можно лечить с помощью гипертонических агентов, таких как сахар [60] или мед, чтобы уменьшить отек, с последующим уменьшением вручную человеком, имеющим соответствующие навыки. Далее лечение может быть продолжено путем наложения повязки для предотвращения пролапса. Сложный пролапс требует хирургического вмешательства [60].

Парастомальная грыжа:

Это одно из распространенных осложнений после стомы. Некоторые исследования показывают, что частота возникновения парастомальной грыжи составляет около 78% [62]. При парастомальной грыже кишечник или большой сальник выступают через брюшную стенку вокруг стомы. Это более характерно для стомированных пожилых людей и людей с ожирением [63]. Проблемы с парастомальной грыжей включают видимую деформацию, проблемы с прилеганием калоприёмника и проблемы с кожей. Это серьезно сказывается на качестве жизни пациентов с парастомальной грыжей. Поскольку у пациентов с парастомальной грыжей часто возникают проблемы с кожей, рекомендуется использовать «барьерную мазь» и гибкий герметик, который лучше адаптируется к искажению формы вокруг стомы. Использование пояса для поддержки грыжи помогает пациентам поддерживать нормальную активность, а также улучшает прилегание стомных калоприёмников. Большинство пациентов с парастомальной грыжей можно лечить консервативно. Хирургическое вмешательство необходимо при наличии непроходимости, ухудшении качества жизни, повторяющейся боли, ухудшении вида тела и при неустраняемых проблемах с кожей из-за плохого прилегания калоприёмника [62, 63].

Стомальный стеноз:

Стеноз определяется как сужение стомы. Сужение стомы может затруднить вывод фекалий. Стеноз может возникать в результате ретракции, ишемии, инфекции, воспаления [60] и плохой системы калоприёмника. Цифровое обследование покажет глубину стриктуры слизистой оболочки [64]. Легкий стеноз можно контролировать, избегая нерастворимых пищевых волокон, которые могут создавать твердые комки и увеличивать объем жидкости. Специалист может провести дилатацию катетера. Повторная дилатация может усугубить стеноз, поскольку повторная травма может привести к фиброзу [65]. Тяжелый стеноз, вызывающий спазмы в животе и принудительное выталкивание содержимого, потребует хирургической коррекции.

Запор и диарея:

Запор у пациентов со стомой обычно возникает из-за недостаточного потребления воды [55]. Потребление нерастворимых пищевых волокон может вызвать временную непроходимость и судороги. Обычно с запором можно справиться, увеличивая потребление жидкости и растворимых пищевых волокон. Неактивная стома в течение 4–6 часов, сопровождающаяся спазмами в животе, потребует медицинской помощи. Некоторым пациентам может потребоваться слабительное, чтобы справиться с запором. Важно отличать диарею от жидкого стула, который обычно наблюдается в более проксимальных стомах [55]. Диарея может быть вызвана различными причинами, начиная от питания до стресса и принимаемых препаратов. Иногда сырые фрукты и овощи, фруктовые соки и молоко могут временно вызывать жидкий стул, и он проходит сам по себе. Диарея инфекционного происхождения требует лечения. Поскольку пациенты со стомой склонны терять больше электролитов, гидратация и восполнение электролитов имеют решающее значение при диарее.

Калоприёмник для колостомы:

Калоприёмники для колостомы — это в основном пакеты, которые собирают кал из колостомы. Калоприёмник не только служит резервуаром, но и защищает кожу перистомы и предотвращает появление неприятного запаха. Очень важно, чтобы пациенты имели возможность управлять системой калоприёмника, чтобы иметь хорошее качество жизни со стомой.

Типы калоприёмников:

- Однокомпонентный дренируемый калоприёмник.
- Однокомпонентный закрытый калоприёмник.
- Двухкомпонентная система калоприёмника.
- Колпачок стомы.



Рис. 38. Дренируемый калоприёмник и кольцо двухкомпонентной системы



Рис. 39. Однокомпонентный дренируемый калоприёмник

Двухкомпонентные калоприёмники бывают одноразовыми и многоразовыми. Для пациентов с ретракцией и кожными складками доступны конвексные калоприёмники для лучшего прилегания.

Замена калоприёмника и защитной пленки:

Очень важно избегать механических травм при замене пакета и опорной пластины. Безопасный способ удалить защитную пленку — аккуратно протолкнуть кожу вокруг стомы, одновременно снимая защитную пленку [56]. После того как защитная пленка удалена, промойте участок специальным средством или — при его отсутствии — теплой водой и высушите его. Как только участок высохнет, можно наложить новую защитную пленку и калоприёмник. Не пытайтесь удалить остатки клея с кожи, так как это может вызвать раздражение кожи. При наложении защитной пленки следует правильно измерить окружность стомы и соответственно вырезать отверстие калоприёмника. Отверстие должно быть только на 3 мм больше, чем стома, чтобы уменьшить воздействие на кожу [55]. Калоприёмник следует опорожнять, когда он заполнен на $\frac{1}{3}$, чтобы предотвратить утечку [56]. Многоцветный пакет можно мыть водой с мылом и сушить в тени.

- При илеостомии однокомпонентный дренируемый калоприёмник следует менять один раз в 1–3 дня в зависимости от необходимости. Для двухкомпонентного дренируемого калоприёмника основную пластину следует менять 2 или 3 раза в неделю в зависимости от необходимости, а пакет следует менять каждые 1–3 дня [64].
- В случае колостомы однокомпонентный закрытый калоприёмник потребует от 1 до 3 смен в день. Для системы калоприёмника, состоящего из двух частей, основание необходимо менять 2–3 раза в неделю, в то время как закрытый пакет требует замены 1–3 раза в день [64].
- В случае уростомы систему однокомпонентного калоприёмника необходимо менять один раз в 1–3 дня. В системе, состоящей из двух частей, опорная пластина меняется 2–3 раза в неделю, а пакет меняется каждые 1–3 дня [64].

Диета для больных с колостомой:

Человеку со стомой не требуется специальной диеты. Как и любому другому человеку, ему требуется здоровое и сбалансированное питание [58]. Некоторые диетические продукты могут вызывать неприятный запах и газообразование, с которыми пациенту бывает трудно справиться. Со временем пациенты учатся адаптироваться к разным продуктам питания. Важно избегать препаратов замедленного действия и таблеток с энтеросолюбильным покрытием, поскольку они всасываются не полностью. Когда пациент употребляет газообразное пищевое вещество, «время задержки» выхода газа из илеостомы составляет от 2 до 4 часов с момента начала приема пищи. Для дистальной колостомы это от 6 до 8 часов [54].

Ниже приведены некоторые продукты питания и их влияние на пациентов со стомами.

- Капуста, чеснок, фасоль и жареные продукты могут вызывать неприятный запах.
- Кукуруза, орехи, капуста и овощи могут вызвать затвердение стула.
- Кофе, фрукты, фруктовые соки и жирная пища могут вызвать жидкий стул.
- Мята, кориандр уменьшают запах.

Путешествия, работа, одежда и спорт:

Пациенты с колостомой могут путешествовать, как и любой другой человек. Возможно, им придется вести с собой дополнительные калоприёмники, если им необходима будет немедленная замена. Пациенты могут выполнять рутинную работу, которая не связана с поднятием тяжестей и с физическими упражнениями, поскольку повышение внутрибрюшного давления может вызвать выпадение стомы или грыжу [16]. Калоприёмник можно удобно носить под одеждой, и его легко скрыть. Безопаснее будет избегать контактных видов спорта, которые могут привести к травме стомы [64].

Промывание колостомы:

Промывание колостомы может быть выполнено при колостоме нисходящей кишки и при сигмовидной колостоме [64]. Промывание может улучшить качество жизни пациента, в случае когда у пациента есть достаточно времени и пространства для промывания [58]. Промывание следует попробовать через 3 недели после операции [66] и после консультации с хирургом. Пациенты сами решают, промывать содержимое кишечника или испражняться естественным путем. Если пациент решает испражняться естественным путем без промывания, безопаснее всегда носить калоприёмник. Обычно для таких пациентов становится возможным с течением времени выработать предсказуемое опорожнение кишечника в зависимости от режима работы кишечника, который у них был до создания стомы [55]. Первые несколько промываний всегда выполняются в стационаре, так как существует риск стимуляции блуждающего нерва [64].

Что следует помнить при выполнении промывания:

1. Промывание следует проводить в одно и то же время дня, чтобы выработать привычку [64]. Это время должно быть удобным для пациента [67].
2. Оно может выполняться каждые 24 часа (или 48 часов) в зависимости от индивидуальных особенностей [64, 67].
3. Первые несколько промываний следует проводить в условиях стационара, где пациент может пройти обучение и где при необходимости можно будет справиться с осложнениями [64].
4. Для промывания важно использовать конус, а не катетер. Использование конуса вместо катетера снижает вероятность перфорации [58].
5. Безопасно начинать с 300–500 мл теплой воды, а затем медленно увеличивать объем до тех пор, пока не прекратятся позывы [64].

6. Максимальный объем, который можно ввести, — 1500 мл [64, 67].
7. Некоторым пациентам в первые дни может потребоваться повторное орошение, чтобы предотвратить позыв [64].
8. Вода должна течь медленно в течение 10–20 минут. Быстрое введение может привести к приступу острой боли и тошноте.
9. Нужно дать от 15 до 30 минут на испражнение.
10. Эффективности можно достичь только благодаря предоставлению достаточного времени и хорошему расслаблению.
11. Только в том случае, если удалось достичь нулевого количества позывов за 24-часовой период, можно попробовать промывание один раз за 48 часов.
12. Эффективность промывания можно повысить, если пациент перед этим выпьет теплый напиток.



Рис. 40. Мешок для промывания с конусом и рукавом для промывания

Процедура промывания:

1. Выберите время, наиболее удобное для пациента. Время должно быть таким, чтобы пациент мог проводить промывание в это время каждый день.
2. Система для промывания должна быть подвешена на уровне плеч, если пациент сидит на унитазе в вертикальном положении.
3. Наденьте рукав для промывания.
4. Выпустите весь воздух из трубки и зажмите трубку.
5. Смажьте кончик конуса водорастворимым смазочным гелем.
6. Плотно прижмите конус к стоме, но помните о том, чтобы слишком не давить на стому. Гибкий конус может быть более удобным.
7. Откройте зажим и запускайте теплую воду в стому в течение 10–20 минут.
8. После того как вода вылилась в стому, подержите конус в стоме еще около 15 секунд.
9. Выньте конус.
10. Подождите 15–30 минут для полного испражнения.
11. После завершения испражнения рукав можно промыть водой и высушить в тени.

Забота о психологических потребностях пациента:

В условиях паллиативной помощи стома обычно выполняется при злокачественных новообразованиях. Сам по себе злокачественный диагноз провоцирует у пациента тяжелый психологический стресс. В такой сложной ситуации адаптация к стоме может усилить уже существовавший психологический стресс. Хотя стома может быть хирургической операцией, спасающей жизнь, этим пациентам потребуются просвещение, постоянная мотивация, поддерживающие консультации и уход, чтобы справиться с таким значительным изменением в образе жизни [68, 69]. Такие моменты, как страх утеч-

ки, физические проблемы, изменение образа тела, смущение из-за запаха, шумный метеоризм и вопросы приватности, необходимо решать индивидуально для каждого пациента, чтобы улучшить качество его жизни [69]. Колостомия не должна препятствовать сексуальной активности. Консультирование пациентов и супругов, обсуждение вопросов, которые могут у них возникнуть, опасений и надежд очень важно для улучшения качества жизни пациента и его семьи [69, 70]. Физические проблемы, такие как раздражение кожи и расчесывания, влияют на качество жизни пациентов [71], увеличивая их дистресс, поэтому безупречная оценка и быстрое решение физических проблем приведет к более высокому качеству жизни и к улучшению психологического благополучия. Сила надежды велика. Замечено, что пациенты с колостомой, сохраняющие надежду, способны лучше справляться и могут иметь более высокое качество жизни [71].

Уход за пациентами с трахеостомией

Трахеостомия — это хирургическое отверстие, сделанное в трахее для облегчения дыхания. Трахеостомия может быть как временной, так и постоянной. В условиях паллиативной помощи временная трахеостомия обычно выполняется редко.

Показания к трахеостомии:

1. Длительная интубация/поддержка на ИВЛ.
2. Чтобы эффективно управлять секрецией.
3. Обструкция верхних дыхательных путей (например, злокачественные новообразования).
4. Защита дыхательных путей (например, неврологические состояния).

Типы трахеостомических трубок:

Трахеостомические трубки универсальны. Все трахеостомические трубки имеют «кривую Джексона», которая представ-

ляет собой J-образную кривую, идеально проходящую под углом к трахее. Они бывают разных размеров для разных возрастных групп и разной комплекции пациента. Некоторые трахеостомические трубки могут иметь дополнительные функции, такие как манжета и фонационные отверстия. Трубки могут иметь одинарный или двойной просвет. Они могут быть многоразовыми или одноразовыми. В зависимости от производителя и срока использования они изготавливаются из ПВХ, силикона и металла.

Изменения в дыхательных путях после трахеостомии

Сгущение трахеальных выделений:

Когда выполняется трахеостомия, верхние дыхательные пути полностью обходятся, поэтому человек теряет тепло и увлажнение, обеспечиваемые верхними дыхательными путями вдыхаемому воздуху. Отсутствие тепла и увлажнения приводит к сгущению выделений трахеи, которые трудно удалить.

Повышенный риск заражения:

Верхние дыхательные пути обеспечивают не только увлажнение и тепло, но и фильтрацию вдыхаемого воздуха. Утрата этого защитного механизма предрасполагает человека к повышенному риску пневмонии.

Коммуникация:

Человек, перенесший трахеостомию, часто испытывает затруднения при общении, поскольку воздух не достигает голосовых связок, а проходит через стому.

Потеря запаха и вкуса:

Поскольку воздух не проходит через нос, пациенты с трахеостомией имеют ослабленное обоняние. Поскольку вкус тесно связан с запахом, пациенты также страдают от ослабления вкусовых ощущений.

Осложнения после трахеостомии:

Непосредственные осложнения:

1. Кровотечение.
2. Аспирация.
3. Воздушная эмболия.
4. Гипоксемия/гиперкарбия.

Ранние осложнения:

1. Кровотечение.
2. Пневмоторакс.
3. Случайная деканюляция.
4. Стомальная инфекция.
5. Дисфагия.

Поздние осложнения:

1. Трахеомаляция.
2. Трахеопищеводный свищ.
3. Формирование грануляционной ткани.
4. Аспирация.
5. Пневмония.
6. Дисфагия.

Проблемы, с которыми сталкиваются пациенты с трахеостомией, и их лечение:

Кашель:

Кашель может возникнуть из-за чрезмерной секреции, густой секреции и сухости дыхательных путей. Первое, что нужно сделать при кашле, — это хорошо напоить пациента водой. Гидратация помогает разжижать густые выделения и предотвращает сухость слизистых оболочек дыхательных путей. Если наблюдаются чрезмерные выделения, полезно их отсосать. Отсасывание следует производить осторожно и внимательно. Если чрезмерная секреция вызвана инфекцией, рекомендуется применение антибиотиков.

Выделения:

Выделения — это нормальная реакция дыхательных путей на трахеостомию. Наличие чрезмерных выделений доставляет пациенту дискомфорт. Если выделения жидкие и неплотные, пациент может откашляться от них самостоятельно с помощью физиотерапии грудной клетки или без нее. Изменение цвета выделений до густого желтого или зеленого может указывать на инфекцию и требует применения антибиотиков. Для снижения густоты выделений можно использовать вдыхание пара. Температура более 41°C может повредить слизистую дыхательных путей, поэтому необходимо поддерживать достаточное расстояние между стомой и горячим паром. Для удаления излишков может быть выполнено отсасывание. Отсасывание не должно производиться более 10 секунд. Толстую слизистую пробку внутри внутренней канюли можно промыть проточной водой.

Коммуникация:

Потеря голоса представляет собой серьезную проблему для пациентов с трахеостомией. Потеря голоса, трудности в общении и непонимание со стороны своей семьи и профессионалов приводят к разочарованию. Помощь пациенту в раннем общении помогает свести к минимуму эти эффекты. Коммуникация может быть достигнута у пациентов с трахеостомией без полной обструкции верхних дыхательных путей.

1. Закрытие трахеостомического отверстия пальцем во время разговора.
2. Говорящий клапан (Клапан Пасси-Мур).

Оба метода работают, заставляя воздух проходить через верхние дыхательные пути, блокируя отверстие трахеостомы. При пальцевом методе пациента просят вдохнуть, закрыть трахеостомическое отверстие пальцем и говорить, при этом выдыхаемый воздух направляется через голосовые связки в верхние дыхательные пути, создавая голос. Речевой клапан — это односторонняя система, которая открывается во время вдоха, позволяя воздуху проходить через трахеосто-

му, и закрывается на выдохе, выталкивая выдыхаемый воздух через голосовые связки и верхние дыхательные пути. Пациенты могут испытывать усталость при использовании речевого клапана из-за усилия, которое требуется для выталкивания воздуха в верхние дыхательные пути. Присутствие секретов в дыхательных путях затрудняет разговор. Итак, перед речевой тренировкой рекомендуется удалить выделения.

Питание и пища:

У пациентов с трахеостомой снижено обоняние, так как воздух вдыхается через стому, а не через нос. Поскольку вкус и запах тесно связаны, эти пациенты также страдают от слабости вкусовых ощущений. Одним из способов решения этой проблемы является «вежливая зевота» или NAIM¹ (маневр, вызывающий поток воздуха через нос). Для этого пациенту рекомендуют неоднократно зевать с закрытыми губами. Опускание челюсти и языка создает в полости рта отрицательное давление, заставляя воздух поступать в нос, стимулируя обонятельный эпителий. Это можно рекомендовать перед едой, чтобы чувствовать запах и вкус, а также при входе в другое помещение.

У человека могут быть дисфагия, аспирация и рвота во время еды. Полезно удаление трахеального секрета путем аспирации или физиотерапии грудной клетки перед едой. Это предотвращает кашель во время еды, он может вызвать рвоту. Другие меры, которые могут помочь, — это сидеть прямо во время еды, тщательно пережевывать пищу перед глотанием и принимать небольшое количество пищи на один укус (<5 мл). Пациентам с тяжелыми проблемами аспирации рекомендуется кормление через назогастральный зонд или через гастростому.

Беспокойство по поводу внешнего вида:

Психологические проблемы и проблемы с самооценкой после трахеостомии тесно связаны с личностными качества-

¹ NAIM (Nasal airflow inducing manoeuvre).

ми. Пациенты страдают от социальной изоляции и смены ролей в семье. Проблемы сексуальной близости и физического контакта влияют не только на пациента, но и на динамику его семьи. Таким пациентам потребуются неоднократные успокоительные заверения. Уменьшение проблем, связанных с трахеостомией, имеет решающее значение для улучшения качества жизни. Обучение пациента тому, как защитить отверстие и уменьшить секрецию, а также обучение общению укрепят уверенность и улучшат социальное взаимодействие. Консультации супруга и пациента по сексуальным вопросам важны, поскольку, хотя трахеостомия физически не влияет на сексуальную функцию, она имеет большое психологическое влияние.

Части трахеостомических трубок:

- 1) внешняя трубка;
- 2) горловина;
- 3) внутренняя трубка;
- 4) фиксатор внутренней трубки;
- 5) obturator.

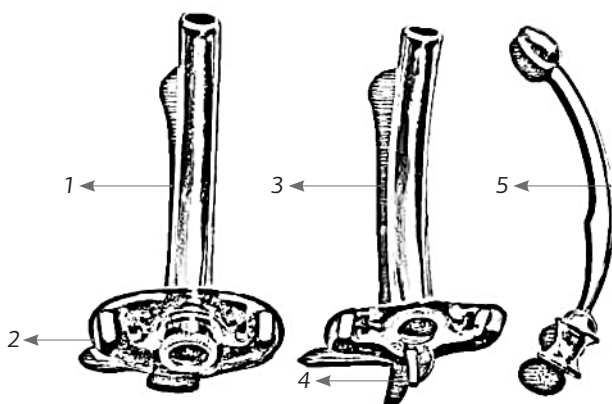


Рис. 41. Металлическая трахеостомическая трубка

Уход за пациентами с трахеостомией:

Поддержание гидратации дыхательных путей:

Покрытие входного отверстия трахеостомы прозрачной влажной марлей может обеспечить некоторое увлажнение, но кусок марли следует смачивать повторно. Обилие ротовой жидкости имеет решающее значение для поддержания влажности слизистой оболочки дыхательных путей. Показана паровая ингаляция. Температура выше 41°C может повредить слизистую дыхательных путей, поэтому необходимо поддерживать достаточное расстояние между стомой и горячим паром. Доступны стерильные спреи с солевым раствором, которые можно многократно распылять через стому для поддержания влажности дыхательных путей.

Уход за трубкой:

При уходе за трубкой следует помнить, что нельзя снимать внешнюю трубку. Следует вынимать только внутреннюю трубку. После снятия внутренней трубки ее следует промыть проточной водой. После удаления секрета проточной водой внутреннюю трубку следует кипятить в течение 20 минут, охладить на поверхности чистого полотенца или тампона и снова вставить.

Уход за кожей:

Самостоятельный уход за трахеостомой следует проводить перед зеркалом. Кожу перистомы следует очистить теплым физиологическим раствором и наложить новую марлю с вазелином между шейной пластиной и кожей, чтобы предотвратить травму. При размещении марли с вазелином между шейной пластиной и кожей важно следить за тем, чтобы смещение трубки было минимальным. Ранними признаками перистомальной кожной инфекции являются покраснение, отек и болезненность.

Смена ремешка:

Для удержания внешней трубки на месте используется шнурок или ремешок на липучке. Лучше избегать смены ремешка в те-

чение нескольких дней, если у пациента есть склонность к кашлю, чтобы предотвратить случайную деканюляцию. Между ремешком и шеей должен быть зазор толщиной в один палец.

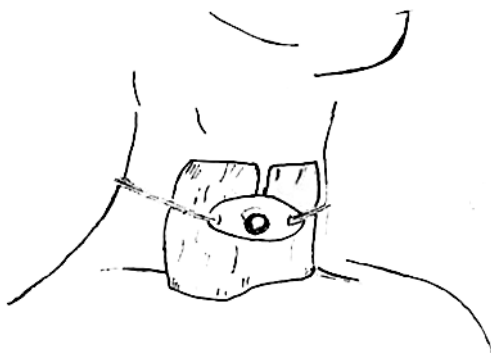


Рис. 42. Салфетка, помещенная между шейной пластиной и кожей

Аспирация (отсасывание) секрета из трахеостомы:

Аспирация (отсасывание) рекомендуется только в случае чрезмерного выделения секрета, вызывающего дискомфорт у пациента. Давление всасывания должно быть установлено в пределах 100–120 мм рт. ст. Посоветуйте пациенту сделать 2–3 глубоких вдоха перед началом отсасывания. Всасывающий катетер следует вводить не более чем на 6 дюймов (около 15 см) или до точки сопротивления. Отсасывание не должно длиться более 10 секунд. Вытягивая трубку во время всасывания, используйте вращательные движения. Промойте всасывающую трубку между отсосами стерильным физиологическим раствором. Поощряйте пациента сделать несколько глубоких вдохов после аспирации, и, если доступен кислород, после аспирации можно провести гипероксигенацию. При отсутствии специального устройства отсасывание трахеостомы также может выполняться с помощью шприца на 10 мл и зонда для кормления грудных детей.

Уход за больными с лимфедемой

Лимфедема определяется как накопление лимфатической жидкости в интерстициальном пространстве из-за дисбаланса между объемом производимой интерстициальной жидкости и ее транспортировкой, что приводит к отеку. Обычно это проявляется как опухоль одной или нескольких конечностей вместе с опухолью соответствующей конечности. Лимфатический отек может вызвать серьезные физические и психологические расстройства. Хотя лимфедема является хроническим неизлечимым заболеванием, с ним можно эффективно справиться и смягчить его последствия. При игнорировании лимфатический отек может перерасти в большую опухоль, с которой трудно справиться, что приведет к дезартикуляции.

Классификация лимфедемы [72]:

По этиологии лимфедема подразделяется на первичную лимфедему и вторичную лимфедему.

Первичная лимфедема:

Первичная лимфедема возникает из-за врожденных дефектов лимфатической системы. Например, болезнь Милроя.

Вторичная лимфедема:

Это приобретенная лимфедема. Она возникает в ответ на повреждение лимфатических узлов или лимфатических сосудов (например, лимфодиссекция) или из-за функциональной недостаточности (например, зависимая лимфедема).

Причины вторичной лимфедемы:

- Хирургия (лимфодиссекция, рубцевание).
- Травма (кольцевая рана, ожоги).
- Злокачественные новообразования (инфильтрация лимфатических узлов, компрессия опухоли).
- Инфекция (филяриоз, лимфаденит).

- Венозная болезнь (хроническая венозная недостаточность).
- Неподвижность (отек зависимости).

Факторы риска развития лимфедемы:

Поскольку между событием, послужившим причиной, и началом лимфатического отека может пройти несколько лет, важно выявить пациентов с риском развития лимфатического отека, чтобы их регулярно наблюдать и обучать самопомощи. При раннем выявлении лимфатического отека существуют хирургические варианты, позволяющие предотвратить пожизненную коррекцию, а в некоторых случаях — пожизненное лечение [73].

Факторы риска лимфатического отека верхних конечностей:

Истинные факторы риска лимфатического отека верхних конечностей включают удаление подмышечных лимфатических узлов, ИМТ¹, постоянно превышающий 25, облучение подмышечной области и целлюлит после операции [73], которая приводит к разрушению ткани, окружающей лимфатические узлы, и к образованию рубцов. Другие факторы риска включают установку внутривенных шунтов, кардиостимуляторов и филяриоз [72].

Факторы риска лимфатического отека нижних конечностей:

К значительным факторам риска лимфатического отека нижних конечностей относятся удаление тазовых лимфатических узлов, лучевая терапия тазовых органов после операции и ожирение (ИМТ > 25) [74, 75]. Другие факторы риска включают удаление варикозного расширения вен, ортопедические операции на целлюлит, неподвижность и филяриозная инфекция, особенно в такой стране, как Индия [72].

¹ ИМТ (индекс массы тела).

Снижение риска развития лимфедемы [72]:

В вопросе снижения риска лимфатического отека следует понимать, что рекомендации основаны на здравом смысле и на физиологических принципах. Эти рекомендации не основаны на научных данных.

- Поддерживайте оптимальный вес тела.
- Держите ногти коротко остриженными, чтобы избежать травм.
- Избегайте измерения АД и уколов иглой в местах, потенциально подверженных лимфедеме.
- Избегайте облегающего нижнего белья.
- Избегайте обтягивающих часов и украшений.
- Избегайте воздействия сильного холода или жары.
- Если рекомендуется, используйте компрессионное белье.
- Регулярные упражнения и подъем конечностей.
- Периодическое измерение окружности конечностей у пациентов, перенесших мастэктомию, для раннего выявления изменений.

Ранние признаки лимфедемы [66, 72]:

1. Ощущение стянутости от одежды, украшений и рукавов.
2. Тяжесть, полнота и стеснение пораженной конечности.
3. Боль и усталость.
4. Наблюдаемый отек или асимметрия с другой конечностью.

Клинические особенности лимфедемы [66]:

- Отек пораженной конечности (может быть как с образованием ямки при надавливании, так и без нее).
- Тяжесть, полнота и стеснение пораженной конечности.
- Гиперкератоз.

- Папиллома.
- Жесткость суставов.
- Лимфорея.
- Положительный признак Штеммера (невозможность ущипнуть и приподнять кожную складку у основания второго пальца ноги или у среднего пальца руки).

Определение стадии лимфедемы Международным обществом лимфологов (ISL) [73]:

ISL Этап 0:

- Субклиническое состояние.
- Отек не очевиден, но лимфатический дренаж присутствует.

Эта стадия может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, прежде чем опухоль станет очевидной или более выраженной.

ISL Этап 1:

- Раннее накопление жидкости.
- Может наблюдаться образование ямки при надавливании.
- Накопление жидкости устраняется при помощи подъема конечности.

ISL Этап 2:

- Одно только поднятие конечности редко уменьшает отек.
- Явное образование ямки при надавливании.

ISL Этап 2 (поздний):

- Конечность может на образовывать ямок при надавливании из-за чрезмерной подкожно-жировой клетчатки и развития фиброза.

ISL Этап 3:

- Лимфатическая слоновость.
- Точечное образование ямок при надавливании отсутствует.
- Изменения кожи (гиперпигментация и бородавки).
- Увеличенная кожная складка.

При установлении стадии важно иметь в виду, что могут быть разные стадии лимфедемы в одной и той же конечности в зависимости от лимфатических территорий.

Оценка лимфедемы [72]:

Обследование на лимфатический отек следует начинать с подробного медицинского анамнеза пациента. В условиях паллиативной помощи лимфатический отек обычно связан со злокачественными новообразованиями. Таким образом, история болезни пациента с лимфатическим отеком должна включать статус злокачественного новообразования, историю лечения, которая включает хирургическое вмешательство, химиотерапию и лучевую терапию. Поскольку лимфатический отек может возникать у пациентов без какого-либо анамнеза или лечения, связанного со злокачественными новообразованиями, следует изучить другой анамнез, например: неврологические заболевания, ортопедическое лечение, сосудистые проблемы, неподвижность и филяриатоз. Очень важна оценка питания, поскольку ИМТ > 25 является фактором риска образования лимфедемы.

При оценке, характерной для начальной стадии лимфедемы, необходимо документально подтвердить продолжительность отека, сопровождающегося болью и утомляемостью. У пациентов с лимфатическим отеком симптом Штеммера обычно бывает положительным. Неспособность защемить и приподнять кожную складку у основания второго пальца стопы и у среднего пальца руки считается положительным признаком Штеммера. Другие кожные проявления, наблюдаемые

у пациентов с лимфатическим отеком, включают появление апельсинового цвета кожи, гиперкератоз, лимфоррею, лимфангиэктазию и папилломатоз.

Помимо физического обследования, у пациентов с лимфатическим отеком решающее значение имеет тщательное психосоциальное обследование. Чтобы подобрать терапию и потом следовать лечебной стратегии, потребуется много сил, поскольку лечение лимфатического отека обычно длится всю жизнь. Анализ психологических проблем и систем поддержки, доступных пациенту, позволит выбрать подходящую стратегию лечения и предотвратить терапевтические неудачи.

Измерение окружности конечности

Измерение окружности конечности — это наиболее широко используемый метод измерения объема конечности, поскольку он простой и недорогой. Хотя этот метод сопряжен с ошибками, при использовании стандартного метода ошибки можно в значительной степени минимизировать.

Принципы измерения окружного объема конечности:

- Человек, проводивший первоначальное измерение, должен проводить все последующие измерения, чтобы уменьшить различия в наблюдениях.
- Линейку следует класть на плоскую поверхность вдоль конечности, а не на конечность, чтобы делать отметки для измерения окружности.
- Всегда используйте неэластичную, не растягивающуюся ленту для измерения окружности.
- Следует измерять как пораженную, так и непораженную конечность.

Процедура измерения окружности конечности [72]

Верхняя конечность:

1. Посадите пациента на стул прямо, положив пораженную конечность на стол. Ладонь должна лежать на столе лицевой стороной вниз.
2. Линейкой измерьте расстояние от ногтевого ложа мизинца до места на 2 см выше шиловидного отростка локтевого сустава и отметьте эту точку.
3. От этой точки сделайте отметки каждые 4 см до 2 см ниже подмышечной впадины, поместив линейку вдоль локтевой части конечности.
4. С помощью неэластичной ленты измерьте окружность конечности в каждой отмеченной точке. При измерении окружности убедитесь, что конечность расслаблена.
5. Задokumentируйте длины окружностей в каждой точке в таблице оценки пациента.
6. Повторите процедуру для другой конечности.

Нижняя конечность:

1. Попросите пациента удобно сесть или встать, твердо поставив ступню на пол.
2. Измерьте расстояние от пола до места на 2 см выше средней части медиальной лодыжки. Отметьте это место.
3. От этого места сделайте отметки через каждые 4 см до места на 2 см ниже подколенной ямки.
4. Если отек находится выше колена, попросите пациента удобно встать или лечь и продолжайте отмечать каждые 4 см выше колена до места на 2 см ниже ягодичной складки.
5. Неэластичной лентой измерьте окружность конечности в каждой отмеченной точке. При измерении окружностей убедитесь, что конечность расслаблена.

6. Задokumentируйте полученные измерения в каждой точке в таблице оценки пациента.
7. Повторите процедуру для другой конечности.

Общий объем конечностей можно рассчитать по этим измерениям с помощью электронных таблиц. Но в условиях ограниченных ресурсов длина окружности документируется в течение определенного периода и отслеживается на предмет изменений.

Лечение лимфедемы [66, 72, 73]:

Для лечения пациента с лимфедемой обычно требуется многопрофильная бригада. В целом лечение подразделяется на:

1. Уход за кожей.
2. Компрессионное белье.
3. Массаж.
4. Упражнения.

Их называют 4 краеугольными камнями лечения лимфедемы. В дополнение к этому, чтобы обеспечить соблюдение плана лечения и защиту психического здоровья пациента, решающее значение имеет забота о психосоциальных потребностях пациентов.

УХОД ЗА КОЖЕЙ:

Поскольку пациенты с лимфедемой склонны к развитию ряда кожных проблем, им необходимо будет тщательно ухаживать за своей кожей на протяжении всей жизни.

Общие рекомендации по уходу за кожей:

- Держите кожу увлажненной, ежедневно применяя увлажняющие средства.
- Избегайте мыла, которое вызывает сухость.
- Защищайте кожу от укусов насекомых.
- Избегайте тесной одежды и измерения АД на пораженной руке.

- Избегайте инъекций в пораженную руку.
- Избегайте интенсивного растирания, когда вытираетесь полотенцем.
- Регулярно следите за труднодоступными местами и мойте их.
- Берегитесь прямых солнечных лучей и тепла.
- Избегайте подъема тяжестей.

Распространенные кожные заболевания у пациентов с лимфедемой и их лечение:

Сухая кожа. Сухость может варьировать от легкой до сильной чешуйчатости кожи. Повреждения на коже из-за сухости могут стать местом проникновения бактерий, вызывающих даже целлюлит. Мыло обычно вызывает сухость, поэтому предпочтительны увлажняющие заменители мыла [76]. Сухую кожу можно контролировать, применяя смягчающие средства 2 раза в день, особенно после мытья, чтобы помочь регидратации. Смягчающие вещества также предотвращают потерю воды, образуя защитный слой на коже. Увлажняющие средства с низким pH могут не только увлажнять кожу, но и сдерживать колонизацию микробов [77].

Гиперкератоз. Гиперкератоз возникает из-за разрастания кератина в ответ на накопление лимфатической жидкости. Обычно на коже образуются коричневатые или серые пятна. Применение многослойных повязок уменьшает накопление лимфы, что приводит к уменьшению этих пятен [72]. Для предотвращения сухости рекомендуется использовать смягчающие средства. Смягчающие средства, содержащие салициловую кислоту, молочную кислоту или диметикон, могут способствовать десквамации гиперкератозной кожи [76].

Фолликулит. У пациентов с лимфатическим отеком из-за ослабленного местного иммунитета инфекция волосяных фолликулов является обычным явлением. Чаще всего эти инфекции возникают из-за золотистого стафилококка. С этим

можно справиться, применяя лосьоны, содержащие хлоргексидин [72]. Фолликулит без должного ухода может привести к целлюлиту.

Целлюлит. Целлюлит можно предотвратить в большей степени путем тщательного ухода за кожей и уменьшения притока крови [78]. Возникновение целлюлита может усложнить лечение лимфедемы, поскольку целлюлит и лимфедема могут стать порочным кругом [79]. Обычно это провоцируется бета-гемолитическим стрептококком группы А [72]. Целлюлит, если он возникает, следует выявлять и незамедлительно лечить. Местные признаки и симптомы включают покраснение, локальное повышение температуры кожи, болезненность, отек и боль. Это также может вызвать лимфаденит. В тяжелых случаях целлюлита наблюдаются такие системные проявления, как высокая температура, озноб, рвота и головная боль [72].

Лечение целлюлита:

Общие рекомендации [72]:

1. Антибиотики следует начинать принимать как можно раньше.
2. Анальгетики (парацетамол или НПВП) следует назначать одновременно с антибиотиками, чтобы лечить боль.
3. Увеличьте потребление жидкости внутрь.
4. Рекомендуются постельный режим и поднятое положение конечностей.
5. Прекратите использование простого лимфодренажа и ручного лимфодренажа.
6. Можно попробовать многослойную перевязку низкого давления, если она терпима для пациента.
7. Как только воспаление и боль уменьшатся, компрессию и физическую активность можно возобновить.

Критерии для стационарного лечения:

- Септицемия (гипотензия, тахикардия, сильная лихорадка, рвота или спутанность сознания) является абсолютным показателем для госпитализации.
- Сохранение или ухудшение системных симптомов (лихорадка, озноб, ригидность, головная боль и рвота) даже после 48 часов приема пероральных антибиотиков.
- Продолжающиеся или ухудшающиеся местные симптомы (покраснение, отек, тепло, повышенная чувствительность и боль) даже после первого и второго курса антибиотиков.

Лимфоррея:

Когда лимфатическая жидкость просачивается через кожу, это называется лимфореей. Это происходит из-за таких причин, как чрезмерное скопление лимфы, ссадин или порезов на коже (включая хирургические осложнения) и обострения застойной сердечной недостаточности [16, 72]. Лимфоррея может вызвать разрушение кожи, ссадины и причинить психологический стресс пациенту. Лечение включает поднятие конечности, стерильную абсорбирующую повязку на месте утечки и перевязку под давлением для уменьшения прилива крови [66, 72]. Смена повязки и частота перевязок будут зависеть от скорости утечки. Имеются отдельные свидетельства того, что аналоги соматостатина, такие как октреотид и ланреотид, уменьшают лимфорею [80].

Лимфангиэктазия:

Расширение лимфатических сосудов, приводящее к появлению небольших мягких, наполненных жидкостью выпуклостей, называется лимфангиэктазией [72]. Их следует лечить немедленно и защищать, поскольку они могут разорваться и вызвать лимфорею [16]. С ними можно справиться с помощью повязки и уменьшения отека.

Папилломатоз [72]:

Папилломатоз вызывает расширение лимфатических сосудов, приводящее к повышенным проекциям и к связанному с этим фиброзом. В отличие от мягких лимфангиэктазий, выпуклые выступы, возникающие при папилломатозе, на ощупь твердые из-за фиброза. Также может возникнуть связанный с этим гиперкератоз. Но папилломатоз можно лечить с помощью давящей повязки.

Грибковая инфекция:

Грибковая инфекция чаще возникает в складках кожи, между пальцами ног и в труднодоступных местах. Она может возникнуть при чрезмерной влажности (поте) между кожными складками. Обычно она выглядит как беловатые пятна, которые вызывают зуд [72]. Наличие грибковой инфекции может способствовать вторичной бактериальной инфекции. Грибковую инфекцию можно лечить с помощью 1%-ного крема против грибов *Terbinafine 1%* в течение 2–6 недель [72, 78]. «Барьерная мазь», такая как оксид цинка, может использоваться для предотвращения контакта кожи с кожей в складках кожи для контроля влажности. Хороший уход за ногтями уменьшает возможность проникновения как бактериальных, так и грибковых инфекций [76].

КОМПРЕССИЯ:

Компрессия остается основой лечения лимфедемы в течение нескольких десятилетий. Компрессия обеспечивается использованием либо компрессионного белья, либо компрессионного бинта. Выбор компрессионного белья или перевязки будет зависеть от характера и тяжести отека, а также от способности пациента справляться с лечением.

Компрессионная одежда (CG):

Чулочно-носочные изделия широко используются в Индии. Продолжительность использования трикотажных изделий

должна быть индивидуальной. Некоторым пациентам это необходимо в часы бодрствования, но другим необходимо носить его только во время выполнения упражнений, однако некоторым группам пациентов его необходимо носить 24 часа [72]. Продолжительность сжатия, производимого чулочно-носочными изделиями, также должна подбираться индивидуально в зависимости от тяжести отека и способности пациента переносить лечение.

Факторы, которые следует учитывать перед использованием компрессионного белья [72, 81]:

- *Способность к самообслуживанию.* Наличие артрита, ожирения и сердечной недостаточности может затруднить применение чулочно-носочных изделий для пациента. Ему могут потребоваться помощь или вспомогательные устройства для использования чулочно-носочных изделий.
- *Кожные заболевания.* Кожные заболевания, такие как лимфорея, целлюлит, могут временно повлиять на использование давящей повязки. У пациентов с целлюлитом многослойная повязка низкого давления может использоваться как допустимая, но длительных периодов без компрессии следует избегать.
- *Наличие искажения формы.* Готовая компрессионная одежда идеально подходит для цилиндрических конечностей. При искажении формы пациентам потребуется специальная компрессионная одежда или многослойная повязка.
- *Сопутствующие патологии и способность с ними справляться.* Наличие сосудистого заболевания с нарушением периферического кровообращения, острая сердечная недостаточность, тяжелая периферическая нейропатия и неспособность пациента переносить терапевтический уровень компрессии могут ограничивать использование компрессионного белья.

Общие рекомендации по использованию компрессионного белья:

1. Многослойности компрессионного белья можно достичь, например, надев одно компрессионное белье поверх другого. Это увеличивает сжатие на 70%. Это помогает справиться с обострением болезни, когда пациент не может переносить однослойную высококомпрессионную одежду [72, 81].
2. Точные измерения окружности очень важны для подбора оптимально сидящего компрессионного белья.
3. Измерение компрессионного белья следует проводить, когда отек меньше, т.е. сразу после снятия повязки, когда отек с образованием ямки при надавливании меньше. Особое внимание следует уделять участкам искажения формы [72, 81].
4. Смягчающие средства на масляной основе могут повредить целостность ткани. Перед надеванием компрессионного белья необходимо убедиться, что смягчающие вещества впитались в кожу и что кожа сухая [72].
5. Компрессионное белье может потребоваться менять каждые 3–6 месяцев или при потере эластичности, что снижает давление при сжатии [72].
6. Компрессионное белье нельзя носить с загнутыми вниз верхними краями, так как это создает эффект жгута, приводящий к отеку в областях, расположенных ниже загнутого края [72].
7. Одежда требует частой стирки; это должно быть сделано в соответствии с инструкциями производителя [72].
8. Будет благоразумным надевать перчатку или рукавицу при ношении компрессионного рукава, особенно при выполнении физических упражнений, чтобы предотвратить отек кисти.

9. Чтобы предотвратить повреждение целостности компрессионного белья во время его ношения на одной руке, на другую руку можно надевать перчатку.
10. Пациенты с лимфатическим отеком нижних конечностей с ЛПИ¹ ниже 0,5 не должны носить компрессионную одежду и нуждаются в направлении к сосудистому специалисту.

Компрессионная повязка:

Компрессионная повязка остается бесценным активом в интенсивном лечении лимфедемы и в лечении ее кожных осложнений. В компрессионной перевязке многослойная повязка при лимфедеме оказалась гораздо более эффективной в уменьшении отека. В многослойных повязках при лимфедеме используются как эластичные, так и неэластичные повязки, у каждой из них есть свои преимущества.

Неэластичная повязка	Эластичная повязка
Создает высокое рабочее давление во время физической активности [82], но давление в покое уменьшается по мере уменьшения отека [72]	Хотя рабочее давление увеличивается, но оно ниже, чем рабочее давление, создаваемое неэластичной повязкой [82]
Когда мышцы сокращаются, они сжимают межклеточное пространство неэластичной повязкой, создавая массажный эффект. Это создаёт хороший эффект помпы и проталкивает лимфатическую жидкость по каналам	Эластичные бинты также могут лучше удерживать давление сжатия при уменьшении отека, не требуя, таким образом, повторного наложения
Неэластичные повязки идеально подходят для пациентов, которые могут выполнять физические нагрузки или если их следует пассивно тренировать	Эластичные повязки подходят для пациентов, которые не могут выполнять физические упражнения, поскольку эластичность повязки поддерживает постоянное сжатие [82]

¹ Ankle Brachial Pressure Index (ABPI) — Лодыжечно-плечевой индекс [давления]. — *Примеч. пер.*

Показания к применению многослойной повязки при лимфедеме:

- Более чем легкий лимфатический отек, т. е. разница в объеме конечностей > 20% [82].
- Сильное искажение формы.
- Глубокие кожные складки.
- Отек, который не может сдержать компрессионная одежда.
- Лечение кожных проблем, таких как лимфангиэктазия, папилломатоз и лимфорея.

Противопоказания к применению многослойной повязки при лимфедеме [72, 83]:

- Тяжелая артериальная недостаточность (АВРП <0,5).
- Неконтролируемая сердечная недостаточность.
- Тяжелая периферическая невропатия.
- Острый тромбоз глубоких вен.

Наличие целлюлита не является абсолютным противопоказанием для ношения компрессионных повязок, они могут использоваться с осторожностью и с меньшим давлением [72, 82, 83]. При контролируемой застойной сердечной недостаточности перевязки следует накладывать с осторожностью на одну конечность за один раз. Аналогичным образом следует проявлять осторожность у пациентов с диабетом, с сенсорной недостаточностью и с параличом [72].

Предметы, необходимые для перевязки (используются в Институте паллиативной медицины в Кожикоде):

1. Хлопковая трубчатая повязка.
2. Ватный рулон Gamgee.
3. Неэластичная повязка. Если она отсутствует, Креповая повязка (4 см, 6 см, 8 см, 10 см, 12 см).
4. Лейкопластырь.

Общее руководство по применению многослойной повязки при лимфедеме [72]:

1. На конечность накладывается мягкая трубчатая повязка и ватный валик.
2. Перевязка всегда должна начинаться дистально и двигаться проксимально.
3. При перевязке используйте всю руку, чтобы направить повязку как можно ближе к конечности, чтобы предотвратить образование складок и обеспечить хорошее прилегание.
4. Может потребоваться дополнительная прокладка в области подколенной ямки и локтей.
5. Если используются эластичные бинты, их следует использовать с 50%-ным растяжением и с 50%-ным перекрытием.
6. Если используются неэластичные бинты, их следует использовать на всю длину, за исключением случаев, когда они накладываются на пальцы ног и рук.
7. При использовании неэластичной повязки может потребоваться несколько слоев для получения желаемого давления.
8. Перевязывайте конечность в слегка согнутом положении и используйте технику «восьмерки» в суставах, чтобы минимизировать складки в суставах.
9. Повязка должна выходить за пределы области отека, чтобы предотвратить отек проксимальнее повязки из-за вытеснения жидкости. Лучше всего при наложении повязки включить колено и локоть, чтобы предотвратить вытеснение жидкости.
10. Наложение повязки «по восьмерке» более идеально, чем спиральная перевязка, так как у «восьмерки» больше намотки, что увеличивает давление под повязкой, а также у нее меньше шансов соскользнуть.
11. Оцените диапазон движений, ощущений, кровообращения, посадки и комфорта пациента после наложения повязки.

12. Вовлеките пациента и члена его семьи, осуществляющего уход, в наложение повязки и обучите их тому, как ее использовать.

ЛИМФАТИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Лимфатический массаж — это процесс, в котором используется мягкий, повторяющийся массаж для стимуляции нормальных лимфатических путей и облегчения оттока лимфы из перегруженных участков. Методы лимфатического массажа оказываются неоценимыми при отеке головы, шеи и туловища, когда наложение компрессионного белья затруднено. Однако при лечении лимфатических отеков, особенно конечностей, для поддержания эффекта лимфатического массажа следует использовать компрессионное белье. Лимфатический массаж подразделяется на следующие виды. При проведении лимфатического массажа следует избегать интенсивного и глубокого массажа. Энергичный и глубокий массаж может вызвать повреждение тканей, увеличить наполнение капилляров и увеличить отек. Лимфатический массаж имеет большую психологическую пользу, особенно для людей с запущенным необратимым заболеванием [83]. Человеческое прикосновение при легком массаже сообщает пациенту, что он имеет значение, независимо от его состояния, и приносит пациенту большое утешение, даже если терапевтический результат минимален или незначителен.

1. Мануальный лимфодренаж.
2. Простой лимфодренаж.

Противопоказания для лимфатического массажа [72, 83]:

- Наличие острого целлюлита.
- Острая застойная сердечная недостаточность.
- Цирроз печени с асцитом.
- Почечная недостаточность.
- Нестабильная артериальная гипертензия.
- Обструкция верхней поллой вены.
- На месте опухолей.

Мануальный лимфодренаж (МЛД):

Мануальный лимфатический дренаж (МЛД) всегда выполняет обученный человек. При регулярном выполнении МЛД проходимость лимфатических каналов может быть сохранена. Выполняется до одного часа.

Общие рекомендации для МЛД [72, 84]:

1. Мануальный лимфодренаж следует начинать с диафрагмального дыхания и заканчивать диафрагмальным дыханием.
2. Его следует проводить, когда пациент находится в положении лежа на спине, за исключением случаев, когда отек находится на голове или на шее; в этом случае массаж следует выполнять в положении сидя.
3. Массаж выполняется путем растягивания кожи с легким давлением в одном конкретном направлении, медленными повторяющимися движениями с периодом отдыха, позволяя коже вернуться в свое нормальное положение. Это делается для облегчения оттока лимфы без увеличения капиллярной фильтрации.
4. Сначала следует осторожно помассировать здоровую сторону и открыть лимфатические каналы на здоровой стороне, чтобы собрать и отвести лимфатический поток с пораженной стороны. Направление массирующего движения — от пораженной стороны к непораженной стороне.
5. Массаж пораженной конечности начинается проксимально, медленно двигаясь дистально, и поток должен направляться к сердцу.

Простой лимфодренаж (ПЛД):

При простом лимфатическом дренаже пациент самостоятельно применяет методы МЛД для направления лимфотока [72]. Это также может выполняться человеком, осуществляющим уход. При регулярном выполнении простого лимфодренажа можно достичь хорошего облегчения симптомов, но обеспе-

чить соблюдение режима часто бывает сложно. Правильное выполнение простого лимфодренажа зависит от обучения, предоставленного пациенту, самомотивации пациента и его умелости. Пациенты, которым проводился регулярный МЛД, смогут лучше обучиться и выполнять простой лимфодренаж.

Общие рекомендации для выполнения простого лимфодренажа (ПЛД):

В дополнение к вышеупомянутым рекомендациям МЛД больше времени следует уделять обучению пациента выполнению простого лимфодренажа.

1. На выполнение простого лимфодренажа каждый день можно выделить от 10 до 20 минут.
2. Пациенту будут полезны демонстрация и письменные инструкции.
3. Компетентность пациента и/или человека, осуществляющего уход, в выполнении простого лимфодренажа и их способность справляться с лечением должны периодически проверяться во время посещений врача на дому.

УПРАЖНЕНИЕ:

Подобно крови, которая циркулирует по всему телу за счет того, что сердце качает ее, как насос, лимфатические каналы требуют работы мускулов в качестве насосов для облегчения тока лимфы. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что упражнения увеличивают интерстициальное давление и способствуют продвижению и очищению лимфы [85]. Физические упражнения не только улучшают лимфоток, но также поддерживают мышечную силу, улучшают сердечно-сосудистую функцию, психологическое благополучие и функциональные возможности.

Общие рекомендации по упражнениям при лимфедеме [72, 85]:

1. Упражнение можно выполнять, надев компрессионную одежду или компрессионные повязки, чтобы увеличить межклеточное давление.
2. Всегда начинайте с упражнений низкой интенсивности и постепенно увеличивайте интенсивность.
3. Перед упражнением необходимо разогреться, а во время упражнения остыть, чтобы предотвратить обострение отека.
4. Упражнения на глубокое дыхание и аэробика облегчают прокачку грудного протока за счет увеличения внутрибрюшного давления.
5. Можно использовать комбинацию упражнений на гибкость, аэробных упражнений и упражнений с отягощением.
6. Рекомендуются прогулки, плавание и езда на велосипеде.
7. Если пациент парализован, можно выполнять пассивные упражнения.

Психологическая помощь

Лимфедема может иметь серьезные последствия для психологического благополучия пациента. Это становится еще более значимым в условиях паллиативной помощи, поскольку большинство пациентов страдают заболеваниями, ограничивающими жизнь, а дополнительное бремя лимфедемы может быть разрушительным. Таким образом, в дополнение к лечению, направленному на контроль лимфатического отека, каждый пациент должен периодически обследоваться на предмет выявления психологических проблем.

Психологические проблемы у этих пациентов могут проявляться в виде беспокойства, гнева, печали и депрессии. Но в некоторых группах это проявляется в неспособности спра-

виться с лечением, в плохом соблюдении рекомендаций и в разочаровании. Команда паллиативной помощи никогда не должна упускать из виду психологическую оценку и помощь пациентам, страдающим лимфатическим отеком.

Общие принципы оказания психосоциальной поддержки пациентам с лимфедемой:

1. Уменьшение проблем, связанных с лимфедемой (например, целлюлит, лимфорей и боль), и улучшение функциональных способностей пациента в большей степени уменьшат психологические проблемы и улучшат самочувствие.
2. Психологическая поддержка должна быть инициирована даже для пациентов с риском развития лимфедемы через обучение их тому, что они могут ожидать, как им следует справляться и как предотвращать лимфедему.
3. Создание группы поддержки при лимфедеме нецелесообразно, поскольку поддержка со стороны людей в похожей ситуации и обучение помогают в построении стратегий выживания.
4. Визиты обученных волонтеров к отдельным пациентам важны для адекватного мониторинга и поддержки этих пациентов.
5. Все методы лечения лимфедемы должны быть индивидуализированными и комплексными.
6. Необходимо направление к психологу/психиатру, если психологические проблемы не решаются в течение трех месяцев.

Стандартные руководства и приложения

Документирование ухода на дому

Документирование — это процесс систематической записи действий по уходу за пациентами в индивидуальную карту пациента. В условиях паллиативной помощи на дому документация играет жизненно важную роль в поддержании непрерывности лечения. Чтобы обеспечить безопасную, основанную на фактических данных и качественную паллиативную помощь, необходима ясная, точная и доступная документация.

Почему важно вести документацию?

1. Документация служит эффективным средством связи внутри группы паллиативной помощи и с междисциплинарной командой, обеспечивая тем самым непрерывность оказания помощи.
2. Документация служит правовой защитой как для пациентов, так и для медицинских работников.
3. Документирование имеет решающее значение для мониторинга, аудита и повышения качества.
4. В документации содержится информация для оценки и исследования.
5. Документация обеспечивает платформу для самообучения.

Принципы документирования [86]:

- Точность.
- Актуальность.
- Полнота.
- Своевременность.
- Конфиденциальность.

Точность. Информация, содержащаяся в медицинских записях (картах пациентов), должна быть правдивой и точной. Неточности в отношении выполнения или невыполнения процедур сделают медицинские записи неточными и негативно скажутся на состоянии здоровья пациента и на оказании медицинских услуг.

Актуальность. Документировать нужно только то, что требуется. Включение не имеющих отношения к лечению данных в медицинские записи скроет важную информацию.

Полнота. В задокументированных медицинских записях не должно быть пропусков. Отсутствие документального подтверждения актуальной информации о здоровье, особенно связанной с аллергией, может повлечь смертельные последствия. Следование действующим структурированным и всеобъемлющим формам может обеспечить полноту документирования.

Своевременность. Документировать историю болезни, результаты обследования, введенные лекарства, проведенные вмешательства и взаимодействие с пациентом и его семьей следует как можно раньше. По мере увеличения временного интервала качество запоминания и точность информации снижаются.

Конфиденциальность. Медицинские записи должны быть доступны только соответствующему персоналу. Информация, позволяющая идентифицировать пациента, должна быть защищена и передаваться только соответствующему персоналу.

Принятые стандарты в документировании ухода на дому:

1. Каждая страница в истории болезни пациента должна иметь уникальный идентификационный номер пациента.
2. Все записи в истории болезни должны быть датированы.
3. Все соответствующие демографические профили, такие как адрес, занятость, семейное положение и др., должны быть ясно задокументированы без каких-либо пропусков.

4. После регистрации пациента для ухода на дому в истории болезни следует четко указать, как добраться до его дома, с указанием важных географических ориентиров.
5. Автор, который документирует тот или иной раздел медицинской карты, должен идентифицировать себя с помощью подписи.
6. Члены бригады по уходу на дому, присутствующие во время визита, должны быть указаны в медицинских записях.
7. Документация должна быть четкой и удобочитаемой для всех, а не только для лица, документирующего информацию.
8. Следует использовать только стандартные и общепринятые термины.
9. Основное заболевание пациента и другие сопутствующие состояния должны быть четко зафиксированы.
10. Следует обращать внимание на аллергию и на побочные реакции пациентов.
11. Все лабораторные выводы и результаты должны быть задокументированы в отдельном разделе.
12. При документировании лабораторных результатов и выводов следует четко указать дату проведения исследования или дату взятия пробы, а не дату представления отчета.
13. Когда прием лекарства прекращается, следует четко указать причину прекращения приема лекарства.
14. Когда доза конкретного лекарства увеличивается, это должно быть четко задокументировано.
15. Следует избегать перезаписи любой ценой, особенно при указании дозировки лекарств.
16. Добровольцев следует поощрять к документированию во время визитов на дому.

17. Документация каждого посещения должна включать:
 - a) состояние пациента по прибытии;
 - b) результаты оценки (имеющие отношение к пациенту/имеющие отношение к его семье);
 - c) консультации и предписания врача (включая консультации с членами бригады по уходу на дому);
 - d) проведенные вмешательства.
18. Последующие действия или дату следующего осмотра следует документировать при каждом посещении.
19. Хорошей практикой является ведение медицинской карты пациента, которая всегда доступна пациенту и его семье в дополнение к истории болезни пациента, которая ведется в клинике паллиативной помощи. Эта запись служит средством связи и информации для бригад неотложной помощи и других клинических бригад, чтобы лучше понять состояние пациентов и план лечения.

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ УХОДЕ НА ДОМУ

Стандартные меры предосторожности

Следующие стандартные меры предосторожности необходимо соблюдать при уходе за всеми пациентами, независимо от статуса их заболевания. Эти меры предосторожности следует применять всякий раз, когда есть потенциальный контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, кроме пота, независимо от наличия видимой крови в биологических жидкостях. Стандартные меры предосторожности применяются при потенциальном контакте с поврежденной кожей и слизистыми оболочками.

Гигиена рук:

Гигиена рук — один из самых простых и эффективных способов предотвращения передачи инфекции. Мытье рук необходимо производить водой с мылом. Оно должно выполняться не менее 20 секунд. После того как рука вымыта, медицинский работник не должен использовать вымытую руку, чтобы закрыть кран. Мытье рук следует производить при видимом загрязнении рук кровью или биологическими жидкостями.

Мытье рук требуется в следующих обстоятельствах.

- До и после прямого контакта с пациентом и между пациентами (вне зависимости от того, надеты перчатки или нет).
- Перед тем, как надеть перчатки, и после снятия перчаток.
- Перед работой с инвазивным устройством (например, с постоянным катетером).
- После контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, экскрементами, поврежденной кожей, слизистой оболочкой и загрязненными предметами (даже в перчатках).
- Во время ухода за пациентом, при перемещении с зараженного участка на очищенный участок тела пациента.
- После контакта с предметами, которыми пользовался пациент, такими как простыни, подушки, полотенца, бутылки с водой, тарелки и т. д.

Можно использовать дезинфицирующее средство для рук на спиртовой основе (протирка для рук) в случае, когда нет видимого загрязнения рук кровью или биологическими жидкостями.

Можно использовать спиртовую обработку, нанося достаточное количество средства на ладонь одной руки, а затем растирая обе руки друг о друга, покрывая всю поверхность рук и пальцев до тех пор, пока руки не станут сухими. Этот процесс занимает минимум 20 секунд.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ):

- Перчатки.
- Маска.
- Фартук.
- Очки и/или маска для лица.

Перчатки:

1. При контакте с кровью, биологическими жидкостями, выделениями, экскрементами, слизистыми оболочками и поврежденной кожей необходимо всегда надевать перчатки.
2. При контакте с потенциально инфицированным материалом, перед тем как прикоснуться к другим участкам тела того же пациента, необходимо сменить перчатки, чтобы предотвратить перекрёстное заражение.
3. Прежде чем прикоснуться к поверхностям и к другим чистым предметам, необходимо снять перчатки.
4. Ношение перчаток не избавляет от необходимости мыть руки.

Стерильные перчатки: например, при постоянной катетеризации, при перевязке ран, при дренировании асцита.

Чистые перчатки: например, при уходе за полостью рта, для ректальной клизмы.

Маски, очки/защитный экран и фартук:

1. Маски необходимо носить при выполнении процедур, которые могут привести к разбрызгиванию/ разливанию крови или биологических жидкостей, секретов и выделений (например, отсасывание трахеи, уход за полостью рта).
2. Точно так же следует носить очки при выполнении процедур, которые могут привести к разбрызгиванию/ выплескиванию крови или биологических жидкостей, секретов и выделений (например, отсасывание трахеи, уход за полостью рта).

3. Фартук необходимо носить при выполнении процедур, которые могут привести к разбрызгиванию/ выплескиванию крови или биологических жидкостей, секретов и выделений (например, при проведении ректальной клизмы).

Применение СИЗ (средств индивидуальной защиты):

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) следует надевать в следующей последовательности:

Фартук → Маска → Очки/Экран для лица → Перчатки

Снятие СИЗ:

СИЗ следует снимать в следующей последовательности:

Перчатки → Очки/Экран для лица → Фартук → Маска

1. Чтобы снять перчатку, следует взяться за ладонную часть перчатки на одной руке другой рукой и стянуть перчатку. Снятую перчатку следует держать рукой в перчатке.
2. Протолкните пальцы руки без перчатки под перчатку другой руки и стяните перчатку с другой руки вверх первой перчатки.
3. Снимите защитные очки или защитную маску, начиная движение с задней части головы.
4. Чтобы снять фартук, развяжите его, а затем стяните его с шеи и плеч, выворачивая его наизнанку, касаясь только внутренней части.
5. Маску следует снимать, взявшись за узел сзади и снимая ее сзади, не касаясь передней части.
6. Проведите гигиену рук после снятия СИЗ.

Меры предосторожности при возможности заражения воздушно-капельным путем:

Меры предосторожности, связанные с возможным заражением воздушно-капельным путем, принимаются при уходе

за пациентом, у которого известно или подозревается заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Они распространяются через инфицированные ядра каплей (менее 5 мкм), которые остаются взвешенными в воздухе в течение более длительного времени. При уходе на дому надежные меры предосторожности в отношении воздушно-капельной инфекции невозможны, но медсестра, ухаживающая за пациентом, должна принять следующие меры предосторожности.

Например, ветряная оспа, туберкулез.

1. Хотя в идеале пациента, с которым должны соблюдаться воздушно-капельные меры предосторожности, следует поместить в комнату с отрицательным давлением, но это невозможно в условиях ухода на дому. Таких пациентов следует поместить в отдельную комнату, дверь в которую должна быть всегда закрыта.
2. Медсестра, ухаживающая за такими пациентами, должна носить респиратор (№ 95). Респиратор должен закрывать рот и нос. Его следует снимать только после выхода из комнаты пациента.
3. Гигиена рук должна выполняться перед входом в комнату и после выхода из комнаты.
4. При транспортировке пациента, медсестре нужно носить хирургическую маску, закрывающую нос и лицо.

Меры предосторожности при возможности заражения капельным путем:

Меры предосторожности против заражения капельным путем принимаются во время ухода за пациентом, у которого известно или подозревается заболевание, передающееся капельным путем. Капли относятся к респираторным частицам размером ± 5 микрон. Капли остаются взвешенными в воздухе только в течение ограниченного периода. Передача происходит на расстоянии от 3 до 6 футов (от 1 до 2 м) от источника.

Например, грипп.

1. Пациента следует поместить в отдельную комнату.
2. При уходе за пациентом необходимо надевать хирургическую маску.
3. Гигиена рук должна выполняться до и после ухода за пациентом.
4. При транспортировке пациента медсестре следует носить хирургическую маску, закрывающую лицо и нос.

Контактные меры предосторожности:

Контактные меры предосторожности принимаются при уходе за пациентом, у которого известна или подозревается инфекция, которая распространяется через прямой или косвенный контакт с пациентом. Косвенный контакт происходит, когда объект, зараженный пациентом, контактирует с другими людьми, например с медицинскими работниками.

Например: крупный дренирующий абсцесс, крупные инфицированные пролежни, инфекции с микроорганизмами со множественной лекарственной устойчивостью и чесотка.

1. Желательно, чтобы эти пациенты находились в отдельной комнате.
2. Перед входом в комнату пациента необходимо надеть перчатки и фартук, и они должны быть сняты перед выходом из комнаты пациента.
3. При выходе из комнаты следует соблюдать осторожность, чтобы не прикасаться к предметам, потенциально зараженным пациентом.
4. Гигиену рук необходимо проводить сразу после выхода из комнаты пациента.

Важно помнить, что существуют заболевания, для предотвращения передачи которых необходимо принимать более одной меры предосторожности. Например, при распространенном опоясывающем герпесе для предотвращения передачи должны применяться контактные, воздушно-капельные и стандартные меры предосторожности.

Как утилизировать биомедицинские отходы в условиях ухода на дому?

(Практика Института паллиативной медицины в Кожикоде)

1. Биомедицинские отходы, образующиеся во время посещений врача на дому, нельзя рассматривать как бытовые отходы или выбрасывать как бытовые отходы.
2. Биомедицинские отходы, образующиеся во время посещения на дому, следует утилизировать в соответствии с политикой обращения с биомедицинскими отходами на местах.
3. Должны быть доступны отдельные одноразовые контейнеры для острых предметов, загрязненных предметов (хлопок, марля и перчатки) и внутренних устройств (катетеры, мочеприёмник).
4. Все одноразовые контейнеры должны быть помечены цветовыми кодами и иметь маркировку в соответствии с рекомендациями по утилизации биомедицинских отходов.
5. Принцип изоляции в месте зарождения следует практиковать при выполнении процедур в домашних условиях.
6. Ежедневно необходимо готовить свежий 1%-ный дезинфицирующий раствор гипохлорита натрия, так как раствор со временем теряет свою силу.
7. В конце дня после ухода на дому использованные стальные лотки и щипцы следует обработать 1%-ным раствором гипохлорита натрия в течение 20 минут перед упаковкой и отправкой в автоклав.
8. Поскольку гипохлорит натрия вызывает коррозию, стальные изделия после обработки раствором гипохлорита следует промывать водой.
9. Одноразовые предметы, такие как иглы, шприцы, перчатки, трубки, катетеры, марля и тампоны, никогда не следует автоклавать и использовать повторно.

10. При обращении с биомедицинскими отходами медицинский персонал должен носить все средства индивидуальной защиты (СИЗ).
11. Отбеливатель (порошок или раствор), используемый для приготовления 1%-ного раствора гипохлорита натрия, следует хранить в прохладном и сухом месте вдали от солнечных лучей.
12. Если используется жидкий концентрат раствора гипохлорита, необходимо использовать не менее чем 5%-ный раствор для дальнейшего разбавления.
13. Поскольку гипохлорит очень нестабилен, производитель должен строго придерживаться указанного срока годности.
14. Раствор концентрата гипохлорита следует хранить в непрозрачных, пластиковых, герметичных ёмкостях.

Как приготовить 1%-ный раствор гипохлорита натрия?

Необходимые предметы:

1. Отбеливающий порошок с 30% активного хлора.
2. Чистая вода без каких-либо органических загрязнителей.
3. Пластмассовый таз.

Процедура:

1. Налейте 1 литр чистой воды без каких-либо органических загрязнителей в пластмассовый таз.
2. Растворите 33 грамма (примерно 2 столовые ложки) отбеливателя, содержащего 30% активного хлора.
3. Подождите 30 минут.
4. Через 30 минут используйте прозрачный супернатант для дезинфекции.

Приложение I. Набор для ухода на дому

Необходимое оборудование для домашнего ухода:

1. Сфигмоманометр.
2. Стетоскоп.
3. Цифровой термометр.
4. Гибкая измерительная лента.
5. Глюкометр и полоски.
6. Стерильный лоток:
 - а) повязка на рану;
 - б) сменный катетер;
 - в) дренирование асцита.
7. Стерильное лезвие.
8. Ножницы.
9. Одноразовый набор для бритья.
10. Резак для ногтей.
11. Креповая повязка (2 дюйма, 4 дюйма, 6 дюймов).
12. Хирургический спирт.
13. Стерильный шприц:
 - а) 2 мл;
 - б) 5 мл;
 - в) 10 мл;
 - г) 20 мл;
 - д) 50 мл.
14. Стерильные иглы ($1\frac{1}{2}$ дюйма):
 - а) 18G;
 - б) 20G;
 - в) 22G;
 - г) 23G;
 - д) 24G.
15. Упаковка ваты.

16. Катетер Фолея:
 - a) 14F;
 - b) 16F;
 - c) 18F.
17. Катетер Нелатона.
18. Мочеприёмник.
19. Назогастральный зонд:
 - a) 14FG;
 - b) 16FG.
20. Пластырь с микропорами.
21. Эластичный пластырь.
22. Внутривенная канюля:
 - a) 20FG;
 - b) 22FG;
 - c) 24FG.
23. Набор вен скальпа:
 - a) 21G;
 - b) 23G.
24. Комплект для внутривенных инъекций.
25. Маска.
26. Фартук.
27. Очки.
28. Стерильные перчатки (размер 6,5 и 7).
29. Чистые перчатки (размер 6,5 и 7).
30. Жидкое мыло.
31. Дезинфицирующее средство для рук.
32. Повидон-йод.
33. Фонарик.
34. Контейнеры для сбора отходов:
 - a) для острых предметов (контейнер с защитой от проколов);
 - b) для грязной марли и бинтов;
 - c) для грязного оборудования.

Приложение II. Препараты, которые нужно привозить для домашнего ухода

№	Название препарата	Доза
1	Алпразолам	0,25 мг/ 0,50 мг
2	Альбендазол	400 мг
3	Амитриптилин	10 мг/ 25 мг
4	Амлодипин	2.5 мг/ 5 мг
5	Амоксициллин	250 мг/ 500 мг
6	Амоксициллин и клавуланат калия	625 мг
7	Антацидный сироп	
8	Аспирин	75 мг/ 150 мг
9	Атенолол	50 мг
10	Аторвастатин	10 мг
11	Азитромицин	500 мг
12	В-комплекс	
13	Баклофен	10 мг
14	Бисакодил	5 мг/ 10 мг
15	Кальций и витамин D3	500 мг
16	Карбамазепин	200 мг
17	Цетиризин	10 мг
18	Хлорфенирамина малеат	4 мг
19	Ципрофлоксацин	500 мг
20	Ципрофлоксацин и тинидазол (комбинация)	500 мг и 600 мг
21	Клопидогрель	75 мг
22	Клоназепам	0,5 мг
23	Кремаффин (жидкий парафин + молочко магнезии)	

№	Название препарата	Доза
24	Сироп от кашля	
25	Дексаметазон	4 мг/ 8 мг
26	Диазепам	5 мг
27	Диклофенак	50 мг
28	Дицикломин	10 мг
29	Домперидон	10 мг
30	Эналаприл	5 мг
31	Клизма (фосфат натрия)	
32	Этамзилат	250 мг
33	Этифиллин и теофиллин	100 мг
34	Флуконазол	150 мг
35	Флуонсетин	20 мг
36	Фолиевая кислота	5 мг
37	Фуросемид	20 мг/ 40 мг
38	Глибенкламид	5 мг
39	Гликопирролат	1 мг
40	Галоперидол	5 мг
41	Лоперамид	2 мг
42	Лоразепам	1 мг/ 2 мг
43	Мелоксикам	15 мг
44	Метформин	500 мг
45	Метоклопрамид	10 мг
46	Метронидазол (с покрытием/ без покрытия)	400 мг
47	Морфин*	10 мг, 20 мг, 50 мг

* Согласно закону о внесении поправок в NDPS 2015 года морфин можно перевозить в автомобиле для оказания паллиативной помощи на дому. Количество таблеток морфина, взятых в транспортное средство для ухода на дому, должно регистрироваться в журнале ежедневных учетных записей, а возврат таблеток должен регистрироваться в журнале учета ежедневных расходов.

№	Название препарата	Доза
48	Мультивитамины	
49	Норфлоксацин	400 мг
50	Омепразол	20 мг
51	Ондансетрон	4 мг/ 8 мг
52	Пакетики ORS	
53	Пантопразол	40 мг
54	Парацетамол	500 мг/ 650 мг
55	Фенирамина малеат	25 мг
56	Фенобарбитон	30 мг/ 60 мг
57	Фенитоин натрия	100 мг
58	Ранитидин	150 мг
59	Рисперидон	2 мг
60	Изосорбид динитрат	10 мг/ 20 мг
61	Сальбутамол	2 мг
62	Сертралин	50 мг
63	Вальпроат натрия	200 мг
64	Сукральфат	1 мг
65	Сукральфатный сироп	
66	Теразозин	1 мг
67	Телмисартан	20 мг/ 40 мг
68	Трамадол	50 мг
69	Тригексифенидил	2 мг
70	Скипидарное масло	

Лекарственные средства для парентеральных инъекций на дому

№	Название препарата	Доза (формы выпуска могут отличаться от используемых в России)
1	Атропин	0,6 мг/1 мг
2	Адреналин	1 мг (1:1000)
3	Дексаметазон	8 мг
4	Декстроза	5%, 10%, 25%, 50%
5	Диазепам	5 мг
6	Этамзилат	125 мг
7	Этифиллин и теофиллин (деририллин)	100 мг
8	Фуросемид	20 мг/ 40 мг
9	Гликопирролат	0,2 мг
10	Галоперидол	5 мг
11	Кетамин	
12	Лидокаин	
13	Метоклопрамид	10 мг
14	Метронидазол	500 мг
15	Мидазолам	1 мг/ мл
16	Физиологический раствор	
17	Ондансетрон	8 мг
18	Парацетамол	1000 мг
19	Фенитоин	50 мг/ мл
20	Ранитидин	50 мг

Приложение III. Минимальные стандарты ВОЗ по обучению команды по уходу на дому

Адаптировано из публикации ВОЗ «Планирование и реализация услуг паллиативной помощи: Руководство для руководителя программы»

Специалист команды по уходу на дому базового, среднего или продвинутого уровня

Специалист по уходу на дому	Базовый уровень	Средний уровень	Продвинутый уровень
Врач	Базовые курсы (3–10 дней)	Курс со стажировкой (6 недель)	Стипендия/ постуниверситетская квалификация в паллиативной помощи (1–3 года)
Медсестра	Базовые курсы (3–10 дней)	Курс со стажировкой (6 недель)	Сертификационный курс (4 месяца) Стипендия (1 год)
Участковый медицинский работник	3–6 часов в дополнение к предшествующему обучению	Базовый курс (3 месяца/ 400 часов)	Продвинутые навыки коммуникации/ Лечение лимфедемы
Волонтер	Вводный курс (3 часа)	16 часов теории + 4 клинические сессии	Продвинутые навыки коммуникации и курс «Тренинг для тренеров»

Учебные программы, доступные в Институте паллиативной медицины

Врачи:

- Базовый курс паллиативной медицины (3 дня теории и 7 дней дежурства в клинике).
- Базовый сертификационный курс по паллиативной медицине (6 недель).
- Национальная стипендия в области паллиативной медицины (1 год).
- Стипендия по паллиативной помощи (6 месяцев).
- Сертификационный курс по основам паллиативной помощи (3 дня теории и 10 дней дежурства в клинике (по желанию)).

Медсестры:

- Базовый сертификационный курс по паллиативной сестринской помощи (6 недель).
- Национальная стипендия по паллиативной сестринской помощи (1 год).
- Базовый курс по паллиативной сестринской помощи (3 дня теории и 4 дня дежурства в клинике).
- Стипендия по паллиативной помощи (6 месяцев).

Волонтёры:

- Тренинг для инструкторов по обучению волонтёров в сообществе на основе учебного пособия ВОЗ (16 часов).
- Стипендия по паллиативной помощи (6 месяцев).

Список литературы

1. Connor SR, Bermedo MCS, Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
2. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Shirahige Y, et al. Place of Death and the Differences in Patient Quality of Death and Dying and Caregiver Burden. *J Clin Oncol*. 2015 Feb 1; 33(4): 357–63.
3. Davies E, Higginson IJ, editors. Better palliative care for older people. Copenhagen: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2004. 40 p.
4. Robinson MT, Holloway RG. Palliative Care in Neurology. *Mayo Clin Proc*. 2017 Oct; 92(10): 1592–601.
5. World Health Organization. Planning and Implementing Palliative care Services—A guide for programme managers. World Health Organization; 2016.
6. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliat Support Care*. 2018 Aug; 16(4): 375–87.
7. Nyström B. The disinfection of thermometers in hospitals. *J Hosp Infect*. 1980 Dec 1; 1(4): 345–8.
8. House R J, Henderson R J. Disinfecting Clinical thermometer. *Br Med J*. 1965; (2).
9. Twycross R. Introducing palliative care. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2008.
10. Mathews L, editor. Textbook for Certificate Course in Essentials of Palliative Care. 5th ed. Indian Association of Palliative Care; 2009. 366 p.
11. Wong DL, Baker CM. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale [Internet]. American Psychological Association; 2013 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t05330-000>
12. McGuire DB, Kaiser KS, Haisfield-Wolfe ME, Iyamu F. Pain Assessment in Noncommunicative Adult Palliative Care Patients. *Nurs Clin North Am*. 2016 Sep; 51(3): 397–431.
13. Baines MJ. ABC of palliative care Nausea, vomiting, and intestinal obstruction. *Br Med J*. 1997; 315:3.
14. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. *Clin Med J*. 2019; 19(4): 299–301.
15. Librach SL, Bouvette M, De Angelis C, Farley J, Oneschuk D, Pereira JL, et al. Consensus Recommendations for the Management of Constipation in Patients with Advanced, Progressive Illness. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Nov; 40(5): 761–73.
16. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. Oxford University Press; 2015.
17. Jane Fenton, Karen Irwin. Bowel Care. Royal College of Nursing; 2019.
18. Gaudreau J-D, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy M-A. Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Apr; 29(4): 368–75.

19. Grover S. Assessment scales for delirium: A review. *World J Psychiatry*. 2012;2(4):58.
20. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Lige J, Kaasa S, et al. Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliat Med*. 2008 Jan; 22(1): 13–32.
21. Wilson M-MG, Thomas DR, Rubenstein LZ, Chibnall JT, Anderson S, Baxi A, et al. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *Am J Clin Nutr*. 2005 Nov 1; 82(5): 1074–81.
22. George R, Prasoona TS, Kandasamy R, Cherian R, Celine T, Jeba J, et al. Improving malodour management in advanced cancer: a 10-year retrospective study of topical, oral and maintenance metronidazole. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Feb 6;bmjspcare-2016-001166.
23. Ayello EA, Braden B. How and Why to Do Pressure Ulcer Risk Assessment. *Adv Skin Wound Care*. 2002; 15(3): 9.
24. Quinn B., Botti S., Kurstjens M., Margulies A., Orlando L., Potting C., et al. European Oral Care in Cancer Group Oral Care Guidance and Support. *European Oral Care in Cancer Group*;
25. World Health Organization. Handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1979. 46 p.
26. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun li, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Oct; 17(10): 1229–49.
27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4. *Psychosomatics*. 2009 Nov 1; 50(6): 613–21.
28. World Health Organization. Wellbeing measures in primary health care/the DEP-CARE project. *World Health Organ*. 1998; 45.
29. Javier J. Polania Gutierrez, Sunil Munakomi. *Intramuscular Injection*. StatPearls Publishing; 2020. (NCBI Bookshelf).
30. Zhou Q, Jin J, Zhu L, Chen M, Xu H, Wang H, et al. The optimal choice of medication administration route regarding intravenous, intramuscular, and subcutaneous injection. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Jul; 923.
31. Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: An integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Appl Nurs Res*. 2002 Aug; 15(3): 149–62.
32. Greenway K. Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nurs Stand*. 2004 Mar 3; 18(25): 39–42.
33. T.P.G.M de Vries, Henning R.H., Hogerzeil H.V., Fresle D.A. *Guide to Good Prescribing — A Practical Manual*. World Health Organization; 2000.
34. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Zaloga GP, Pontes-Arruda A. Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. *J Parenter Enter Nutr*. 2016 Nov 2; 014860711667659.
35. Sasson M. Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique. 2001; 64(9): 4.
36. Standards of Medical Care in Diabetes-2020 [Internet]. American Diabetes Association; 2020 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://care.diabetesjournal.org/>

37. Kapoor N, Jagan J, Thomas N. Management of hypoglycemia. *Curr Med Issues*. 2017; 15(3): 211.
38. Choi S-E, Kim H-S. Sodium Bicarbonate Solution versus Chlorhexidine Mouthwash in Oral Care of Acute Leukemia Patients Undergoing Induction Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nurs Res*. 2012 Jun; 6(2): 60–6.
39. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists: Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures. *J Prosthodont*. 2011 Feb; 20: S1–12.
40. Bartlett D, Carter N, de Baat C, Duyck J, Goffin G, Müller F, et al. White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health. *Oral Health Found*. 2018; 32.
41. Stroud M. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut*. 2003 Nov 1; 52(90007): 1vii–12.
42. Wileman A, Holroyd S, Carroll A, Fenton J, Irwin K, Taylor J, et al. *Catheter Care*. *R Coll Nurs*.: 58.
43. Shah J, editor. Catheterization. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012. Mar; 94(1): 5–7.
44. H Krishna Moorthy, Shoba Philip. TURP syndrome — current concepts in the pathophysiology and management. *Indian J Urol*. 2001; 17(2): 91–102.
45. Kumar PP. Limited Access Dressing and Maggots. *Wounds*. 2009; 21(6): 150–2.
46. Sowani A, Joglekar D, Kulkarni P. Maggots: a neglected problem in palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2004; 10(1): 27–9.
47. Jo Wilson. Guidance for staff responsible for care after death (last offices) [Internet]. Caroline White, editor. National End of Life Care Programme and National Nurse Consultant Group (Palliative Care); 2011. Available from: http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/care_after_death.pdf
48. Greenway K, Johnson P. How to care for a patient after death in hospital. *Nurs Stand*. 2016 Apr 13; 30(33): 36–9.
49. Hill S, Smalley JR, Laasch H-U. Developing a nurse-led, daycase, abdominal paracentesis service. *Cancer Nurs Pract*. 2013 Jun; 12(5): 14–20.
50. Tan M, Menon S, Black D. The impact on patients of a nurse-led clinical service in gastroenterology. *Br J Nurs*. 2017 Jul 13; 26(13): 734–8.
51. Una. F, Sexton J. Radiology Nurse-Led Ascites Drainage Service in a Community Hospice. *J Radiol Nurs*. 2018 Mar;37(1):27–9.
52. Wilkinson D, Jones J, Bassi A, McLindon J, Dobson J, Fox M, et al. PTU-071 A nurse led day case paracentesis service in a district general hospital saves bed days. *Gut*. 2017 Jul 1;66(Suppl 2):A86.
53. Grabau CM, Crago SF, Hoff LK, Simon JA, Melton CA, Ott BJ, et al. Performance standards for therapeutic abdominal paracentesis. *Hepatology*. 2004 Aug; 40(2): 484–8.

54. Ron G Landmann, A Lee Cashman. Ileostomy or colostomy care and complications. UpToDate. 2020.
55. Joy Hooper, Nancy Gutman. Colostomy Guide. United Ostomy Associations of America; 2017.
56. Linda Berti-Hearn, Brenda Elliott. Colostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. Home Healthc Now. 2019; 37(2): 68–78.
57. Kimberly L, Whiteley I, McNichol L, Salvadalena G, Gray M. Peristomal Medical Adhesive-Related Skin Injury: Results of an International Consensus Meeting. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2019; 46(2): 125–36.
58. Baas MHG, Beekhuizen MH, Bremer-Goossens MT. Evidence-based Guideline on Stoma Care in the Netherlands. V&VN Department of Stoma Care Nurses; 2013.
59. Linda Berti-Hearn, Brenda Elliott. Ileostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. Home Healthc Now. 2019; 37(3): 136–44.
60. Husain S, Cataldo T. Late Stomal Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2008 Feb;21(1):031–40.
61. Jordan RS, Burns JL. Understanding stoma complications [Internet]. Wound Care Advisor. 2013. Available from: https://woundcareadvisor.com/understanding-stoma-complications_vol2-no4/
62. Aquina CT, Iannuzzi JC, Probst CP, Kelly KN, Noyes K, Fleming FJ, et al. Parastomal Hernia: A Growing Problem with New Solutions. Dig Surg. 2014; 31(4–5): 366–76.
63. Styliński R, Alzubedi A, Rudzki S. Parastomal hernia — current knowledge and treatment. Videosurgery Miniinvasive Tech. 2018; 13(1): 1–8.
64. Wendy Osborne, Carole Swash, Maddie White, Emma Maltby, Claire Lowther, Gillian Tomsett, et al. ASCN Stoma Care: National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK; 2016.
65. Nordgren SR. Management of stomal complications. Can J Gastroenterol Hepatol. 1995; 9(1): 7.
66. Stella Timung. Palliative Care: A hand book for Nurses. 3rd ed. Sudha M SadasivanThi, editor. Kozhikode, Kerala: Institute of Palliative Medicine; 2014. 180 p.
67. Cesaretti IUR, Santos VLC de G, Schiffan SS, Vianna LAC. Colostomy irrigation: review of a number of technical aspects. Acta Paul Enferm. 2008; 21(2): 338–44.
68. Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, Jafarinia M, Zahedi-Shoolami L. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10(1): 136.
69. Tafreshi MZ, Rassouli M, Dabirian A, Yaghmaie F. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. Patient Prefer Adherence. 2010 Dec;1.
70. Safaee A, Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S. Quality of life outcomes in patients living with stoma. Indian J Palliat Care. 2012; 18(3): 176.
71. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. Int J Nurs Sci. 2014 Jun; 1(2): 196–201.
72. Lymphoedema Framework. Best Practice for the Management of Lymphoedema. International Consensus. London: MEP Ltd, 2006.

73. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2016 Consensus Document. The International Society of Lymphology; 2016.
74. Kuroda K, Yamamoto Y, Yanagisawa M, Kawata A, Akiba N, Suzuki K, et al. Risk factors and a prediction model for lower limb lymphedema following lymphadenectomy in gynecologic cancer: a hospital-based retrospective cohort study. *BMC Womens Health*. 2017 Dec; 17(1): 50.
75. Tada H, Teramukai S, Fukushima M, Sasaki H. Risk factors for lower limb lymphedema after lymph node dissection in patients with ovarian and uterine carcinoma. *BMC Cancer*. 2009 Dec; 9(1): 47.
76. Fife CE, Farrow W, Hebert AA, Armer NC, Stewart BR, Cormier JN, et al. Skin and Wound Care in Lymphedema Patients: A Taxonomy, Primer, and Literature Review. *Adv Skin Wound Care*. 2017; 30(7): 14.
77. Fu M. Preventing skin breakdown in lymphoedema. *Wounds Int*. 2010; 1(4): 3.
78. Consensus Document on the Management of Cellulitis in Lymphoedema. British Lymphology Society and Lymphoedema Support Network; 2005.
79. Al-Niaimi F, Cox N. Cellulitis and lymphoedema: a vicious cycle. *J Lymphoedema*. 4(2):5.
80. Lemaitre J, Segers B, Lebrun E. The use of lanreotide in the management of lymphorrhoea after an aortic valve replacement. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012 Oct 1; 15(4): 762–3.
81. Lymphoedema Framework. Template for Practice: compression hosiery in lymphoedema. London: MEP Ltd, 2006.
82. Christine Moffatt, Hugo Partsch, Jan Schuren, Isabelle Qu.r., Margaret Sneddon, Mieke Flour, et al. Compression Therapy: A position document on compression bandaging [Internet]. International Lymphoedema Framework; 2012. Available from: <https://www.lympho.org/wp-content/uploads/2016/03/Compression-bandaging-final.pdf>
83. Towers A, Hodgson P, Shay C, Keeley V. Care of palliative patients with cancer-related lymphoedema. :8.
84. Williams A. Manual lymphatic drainage: exploring the history and evidence base. *Br J Community Nurs*. 2010 Apr; 15(Sup 3): S18–24.
85. Amanda L Moseley, Neil B Piller. Exercise for limb lymphoedema: evidence that it is beneficial. *J Lymphoedema*. 2008; 3(1): 51–6.
86. ANA's Principles for Nursing Documentation Guidance for Registered Nurses. American Nurses Association, Nursesbooks.org; 2010.

Справочное издание

Паллиативная помощь на дому
Руководство для медицинских сестер

Редакция перевода: канд. мед. наук Н.Н. Савва,
д-р мед. наук Э.В. Кумирова

Благотворительный фонд развития
паллиативной помощи «Детский паллиатив»
127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 2/3.
Тел.: +7 (499) 704-37-35.
Сайт: www.rcpcf.ru
E-mail: info@rcpcf.ru

*Публикация напечатана с использованием гранта победителя
конкурса «Новое измерение» благотворительной программы
«Эффективная филантропия» Благотворительного фонда
Владимира Потанина*

Подписано в печать 10.02.2022
Печать офсетная. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура Centro Sans.
Формат 60 × 90 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 18,25. Тираж 1000 экз.
Заказ № 393.

Отпечатано в ООО «Издательство «Прспект»
121471, Москва, ул. Рябиновая, 51А, стр. 1.

Читайте и скачивайте бесплатно другие публикации
БФ «Детский паллиатив» на сайте
в разделе «Библиотека» <http://rcpcf.ru/biblioteka/>

