МДК 1. Трудовые функции младшего медицинского персонала

**Лекция №16. Настоящие и потенциальные проблемы тяжелобольного и обездвиженного пациента**

**План**

1. Настоящие и потенциальные проблемы неподвижного пациента
2. Риск нарушений целостности кожи
3. Внутренние и внешние факторы риска
4. Места образования пролежней
5. Стадии пролежней
6. Сестринские вмешательства по профилактике пролежней
7. Опрелости. Причины. Места образования
8. Стадии опрелостей
9. Профилактика опрелостей

**Настоящие и потенциальные проблемы неподвижного пациента**

***Настоящие проблемы неподвижного пациента***

1**.** Нарушение показателей различных функций органов и систем, (нарушение ритма сердца, одышка, отеки, головная боль из-за повышенного АД, боль в грудной клетки, боль и отечность в суставах и т д)

2. Ограничение подвижности

3. Дефицит самоухода

4. Дефицит общения

5.Нарушение естественного питания

6. Психологический дискомфорт

***Потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов:***

1. риск нарушений целостности кожи: пролежни, опрелости, инфицирование ран;
2. риск развития воспалительных изменений в полости рта;
3. риск изменений со стороны опорно-двигательного аппарата: гипотрофия мышц и контрактуры суставов;
4. риск дыхательных нарушений: застойные явления в легких с возможным развитием пневмонии;
5. риск изменений в сердечно-сосудистой системе: гипотония, ортостатический коллапс;
6. риск нарушений со стороны мочевыделительной системы: уроинфекция, образование конкрементов;
7. риск атонических запоров и метеоризма;
8. риск обезвоживания;
9. риск падений и травм при перемещениях;
10. риск нарушения сна;
11. риск дефицита общения.

**Вероятность возникновения таких проблем значительно выше у пациентов пожилого возраста!**

**Риск нарушений целостности кожи**

**Пролежни и опрелости**

Кожа пациента должна быть чистой и целостной, чтобы нормально функционировать. Для этого необходимо ежедневно проводить ее утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках кожи под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Загрязнения кожи вызывают ощущение зуда, зуд ведет к расчесам, что в свою очередь способствует проникновению вглубь кожи микроорганизмов, находящихся на ее поверхности.

Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Если это невозможно по ряду причин, то помимо ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета необходимо ежедневно мыть больного по частям. После мытья следует насухо вытирать кожу.

При некачественном уходе за кожей у тяжелобольных возможно образование опрелостей, пролежней, инфицирование ран.

**Пролежни**

***Пролежни*** – дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавливания, сдвига или трения из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

**Три основных фактора риска, приводящих к образованию пролежней.**

**Первый фактор – давление**.

Вследствие давления тела происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую она опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обувью пациентов сидящих неподвижно.

**Второй фактор – «срезывающая сила».**

Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхностей, или их «срезывания». Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной технике перемещения пациента персоналом или родственником. Этот фактор может вызвать столь же глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более тяжелых случаях может произойти даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ним кожа в течение двух недель может оставаться неповрежденной.

**Третий фактор – трение** (как компонент «срезывающей силы»).

Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди с недержанием мочи, повышенным потоотделением. Усиливается при ношении влажного или синтетического нательного белья, либо лежащие и сидящие на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки или нерегулярно меняемые подстилки).

В обычных условиях ни один из этих факторов сам по себе не ведет к образованию пролежней, однако в сочетании с другими факторами (неподвижность, потеря чувствительности, анемия и др.) риск их возникновения возрастает.

Кроме того, выделяют следующие факторы риска

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Внутренние факторы** | | **Внешние факторы** | |
| ***Обратимые*** | ***Необратимые*** | ***Обратимые*** | ***Необратимые*** |
| - истощение  - ограниченная подвижность  - анемия  - недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты  - обезвоживание  - гипотензия  - недержание мочи или кала  - неврологические расстройства (сенсорные двигательные)  - нарушение периферического кровообращения  - истонченная кожа  - беспокойство  - спутанное сознание  - кома | - старческий возраст | - плохой гигиенический уход  - складки на постельном и/или нательном белье  - поручни кровати  - средства фиксации пациента  - травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости  - повреждения спинного мозга  - применение цитостатических лекарственных средств  - неправильная техника перемещения пациента в постели | - обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более двух часов |

Для определения риска развития пролежней используют оценку по **шкале Ватерлоу.**

**Места образования пролежней** – над костными выступами, с небольшой прослойкой мышечной ткани.

***В положении на спине*** – затылок, лопатки, локти, крестец, пятки.

***В положении сидя*** – затылок, лопатки, крестец, седалищные бугры, стопы ног.

***В положении на животе*** – висок или скула, ребра, гребни подвздошных костей, коленки, пальцы ног с тыльной стороны.

***В положении на боку*** – висок, область плечевой сустав, вертел бедренной кости, колени, голеностоп.

**Стадии пролежней**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 стадия - пятна** | устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления (эритема кожи, не исчезает в течение 30 минут после перемены положения тела); целостность кожи не нарушена |
| **2 стадия - пузыря** | стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку. (поверхностный дефект кожи (поражение эпидермиса, иногда с захватом дермы); может проявляться в виде пузыря на фоне эритемы) |
| **3 стадия - язв** | разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу;  формирование язвы с жидкими выделениями |
| **4 стадия** | поражение (некроз) всех мягких тканей вплоть до кости; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования |

**Сестринские вмешательства по профилактике пролежней**

**(***если вовремя начать – в 95 % можно избежать***)**

1. **Уменьшить давление на участки костных выступов:**

* исключить неровный матрац или щит, по возможности использовать противопролежневый, другой вариант - матрас из пороллона толщиной около 10см;
* использовать бельё без грубых швов, пуговиц, застёжек и заплат; регулярно расправлять складки на нательном и постельном белье;
* менять загрязнённое бельё по мере загрязнения, стряхивать крошки после кормления пациента;
* применять подушки, валики из поролона под суставы;
* каждые **2 часа** (даже ночью) менять положение тела пациента с учетом формы заболевания;
* поощрять пациента изменять положение тела в постели с помощью приспособлений, в кресле- каталке (наклоны вперед, приподнимание, опираясь в ручки кресла)
* проводить легкий массаж отступив 5 см от костных выступов.

1. **Исключить трение кожи и сдвиг тканей:**

* правильно размещать пациента в постели: применять упор для стоп, исключать «сползание» подушек;
* правильно перемещать пациента, приподнимая или перекатывая;
* осторожно менять загрязненное белье, подставлять и убирать судно;
* заменить пластырь специальными повязками, клейкими лентами;
* исключить массаж над костными выступами.
* проводить оценку состояния кожи и уход за ней:
* осматривать ежедневно, особенно в зонах риска;
* при сухости кожи применять увлажняющий крем, особенно в местах костных выступов, при потливости использовать присыпку;
* использовать современные серии средств по уходу за кожей включающие увлажнение, питание и защиту.

1. **Обеспечить качественный гигиенический уход за телом пациента:**

* не менее трёх раз в день (при необходимости чаще) обмывать или обтирать кожу тёплой водой с использованием мыла, махрового полотенца;
* использовать специализированные очищающие средства по уходу за кожей;

1. **Обеспечить пациента адекватным питанием и питьем:**

* достаточное количество белка – не менее 120г (мясо, рыба, молочные продукты), аскорбиновой кислоты 500-1000мг в сутки;
* жидкости не менее 2 л в сутки (30 мг на кг веса, при отсутствии противопоказаний).

1. Обучить родственников уходу за пациентом.

**Опрелости**

***Опрелости*** – воспаление кожи в области кожных складок по причине загрязнения ее секретом потовых, сальных желёз и выделениями пациента..

**Причины** возникновения опрелостей:

1. Повышенная потливость

2. Жаркий микроклимат

3. Недержание мочи, кала.

4. Некачественный гигиенический уход

**Места** возможного образования опрелостей:

во всех естественных кожных складках

- за ушами

- складки на шее

- под молочными железами (у женщин)

- в подмышечных впадинах

- складки живота

- паховые складки

- межягодичная складка

- под мошонкой (у мужчин)

- в межпальцевых промежутках

**Стадии опрелостей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Стадия** | **Признаки** | **Сестринские вмешательства** |
| **1 стадия -** эритема | гиперемия, болезненность | * обмыть кожу теплой водой с мылом или антисептическим водным раствором; * тщательно осушить; * нанести детский крем или стерильное масло |
| **2 стадия -** мокнутие | на фоне гиперемии – жидкое прозрачное отделяемое | * обмыть кожу теплой водой с мылом или антисептическим водным раствором; * тщательно осушить; * нанести на кожу тальк или подсушивающие пасты (Лассара, цинковая) * проложить кожные складки стерильными салфетками; |
| **3 стадия -** эрозия | нарушение целостности кожи | * использование заживляющих мазей (ируксол, солкосерил, облепиховое масло); * УФО с последующей аэрацией; * стерильные повязки (прокладки) |

***Профилактика опрелостей:***

1. Поддержание оптимальной температуры в палате – не выше +220 С, проветривание.
2. Использовать чистое, сухое х/б белье.
3. Регулярный туалет кожи тёплой водой с осмотром, подмывание после каждого мочеиспускания и дефекации.
4. Обработка кожных складок.
5. Своевременная смена влажного загрязненного белья.
6. Воздушные ванны для складок кожи, прокладки между пальцами ног или рук.
7. При недержании мочи и /или кала применять памперсы (смена каждые 4 часа и/или после каждого акта дефекации).