

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ЛЕЖАЧИМ ПАЦИЕНТОМ

Когда мы имеем дело с пациентом, который длительное время лишен возможности принимать вертикальное положение и самостоятельно двигаться, сталкиваемся с рядом проблем, обусловленных нарушением естественного пассажа жидкостей в организме:

1. Застойные явления в малом круге кровообращения. Ученые выяснили, что даже у здорового человека, находившегося в постели в течение суток и более, появляются изменения на рентгенограмме легких. Застой приводит к развитию *гипостатической пневмонии*.

Методы профилактики:

А) **респирационный уход**. Если пациент находится на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), и экстубация не планируется в ближайшее время, необходимо выполнить трахеостомию в течение не более, чем 10 дней после интубации трахеи. Таким образом упрощается задача поддержания чистоты и проходимости дыхательных путей, снижается риск возникновения пролежней слизистой оболочки трахеи, сокращается мертвое пространство, значительно повышается комфорт пациента.

Если пациент дышит сам, но у него снижен кашлевой рефлекс, необходима санация трахеобронхиального дерева вакуумным отсосом с помощью стерильного катетера через нос. Процедура выполняется 2-3 раза в сутки в положении полусидя с наклоненной вперед головой. Катетер вводится в нижний носовой ход и аккуратно продвигается до возникновения у пациента кашля. Далее на вдохе продвигаем дальше до упора, зажимаем отверстие, чтобы началась аспирация и медленно подтягиваем на 15 см вверх. После этого поворачиваем голову пациента вправо, снова вводим катетер до упора и повторяем манипуляцию (этим маневром saniруется левый главный бронх). Таким образом мы очищаем дыхательные пути и стимулируем естественный кашель. Пациентам на ИВЛ санация дыхательных путей выполняется чаще, обычно каждые 2 часа.

Б) **массаж грудной клетки, рук**. Улучшается дренаж крови, лимфы и мокроты. Предпочтение отдается вибрационному массажу.

В) **лечебная физкультура (активная или пассивная)**. Движения в верхнем плечевом поясе. Задача – см. п. Б.

Г) **дыхательная гимнастика**. Раздувание резинового шарика (перчатки). Расправляет спавшиеся альвеолы, помогает улучшить оксигенацию, улучшает кровообращение в малом круге.

Д) **мониторинг** состояния легких:

аускультация – ежедневно всех отделов ГК, особенно задне-нижних;

термометрия – ежедневно;

рентгенография органов грудной клетки – по показаниям (появление гипертермии, хрипов).

2. Нарушение микроциркуляции в капиллярах кожи. Особенно предрасположены неврологические пациенты, поскольку даже самые мелкие сосуды имеют свою иннервацию и даже самые мелкие нервы – свое кровообращение. Таким образом формируется порочный круг, приводящий к развитию *пролежней*. Пролежни – потенциальный источник сепсиса.

Методы профилактики:

А) **поддержание кожных покровов в чистоте**. Ежедневное мытье (обтирание влажными салфетками или полотенцем, смоченным в смеси водки и шампуня в соотношении 1:1, далее – полотенцем, смоченным в теплой воде и вытирание насухо), обработка нашатырным спиртом. Уже имеющиеся дефекты кожи должны обрабатываться раствором бриллиантовой зелени и/или специальными присыпками.

Б) **чистое постельное белье**. В стационаре постельное белье должно меняться ежедневно. Необходимо тщательно разглаживать и фиксировать простыню, поскольку самая незначительная складка в течение 30 минут приводит к серьезной ишемии кожи.

В) **смена положения тела в постели**. Каждые 2 часа повороты со спины на правый и левый бока.

Г) **противопрележная система**. Существуют специальные надувные матрасы, поделенные на сектора, которые надуваются попеременно. Таким образом избегаем длительного сдавливания отдельных участков кожи. Давление в системе регулируется в зависимости от массы тела пациента.

Д) **заинтересованность врача**. Необходимо ежедневно осматривать пациента, не доверяя персоналу. Особое внимание следует уделять зонам повышенной компрессии: лопатки, крестец, ягодицы, пятки и затылок.

3. Застой в бассейне нижней полой вены. Ограничение подвижности нижних конечностей серьезно нарушает венозный кровоток, поскольку он в значительной мере поддерживается работой скелетной мускулатуры. Подобная ситуация создает предпосылки для развития *тромбоэмболии легочной артерии*.

Методы профилактики:

А) **массаж ног, лечебная физкультура (активная или пассивная)**. Данные процедуры улучшают дренаж крови, способствуют поддержанию мышечного тонуса.

Б) **эластическая компрессия ног**. Выполняется, если у пациента имеется варикозная болезнь нижних конечностей. Предпочтение отдается специальному компрессионному трикотажу. Альтернативой может служить эластичное бинтование. Бинтовать необходимо от кончиков пальцев до паховых складок. Каждый последующий виток должен перекрывать предыдущий как минимум наполовину, чтобы бинтование было гладким, а не волнообразным. Неправильное эластичное бинтование не является мерой профилактики ТЭЛА, а наоборот, существенно повышает риск её возникновения.

В) **гидратация**. Гемоконцентрация – фактор риска развития тромботических осложнений. Гемодилюция – необходимая мера поддержания нормальных реологических свойств крови. Без нее существенно снижается эффективность антикоагулянтной терапии.

Базовая потребность в жидкости для взрослого составляет 30 мл/кг/сутки. Оптимально, если весь нужный объем пациент в состоянии выпить самостоятельно.

Контроль гидратации можно осуществлять по следующим параметрам: **гематокрит** (целевое значение – 30-40%), **удельный вес мочи** (целевое значение – 1015-1020 г/л), **диурез** (целевое значение – 1 мл/кг/час), **центральное венозное давление** (если катетеризирована центральная вена; целевое значение – 30-100 мм вод. ст.).

При необходимости дефицит объема жидкости можно компенсировать внутривенным введением. Инфузия осуществляется в основном растворами кристаллоидов (\approx равное соотношение физраствора (или р-ра Рингера) и калий-поляризующей смеси).

Калий-поляризующая смесь (образец прописи):

Sol. Glucosae 10% - 500 ml + Insulini 12 ED + Sol. Kalii Chloridi 7,5% - 20 ml + Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5 ml.

Концентрация раствора глюкозы для приготовления эффективно работающей КПС должна быть минимум 10%. Количество калия хлорида может варьировать в зависимости от уровня калия в плазме крови, который также подлежит лабораторному контролю. Следует помнить, что не рекомендуется вводить раствор, содержащий более 25 мл калия хлорида в 500 мл глюкозы в периферическую вену, поскольку это болезненно и приводит к развитию флебита.

Г) **антикоагулянтная терапия**. В остром периоде заболевания в стационаре проводится профилактическими дозами низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин, фрагмин, клексан) путем подкожного введения один раз в сутки соответствующей дозы (см. аннотацию).

N.B! Низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах:

- НЕ ПОВЫШАЮТ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЯ

- НЕ ПОДЛЕЖАТ ЛАБОРАТОРНОМУ КОНТРОЛЮ (В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ НЕ УДЛИНЯЮТ АЧТВ)

На амбулаторном этапе пациент переводится на пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран). При назначении варфарина требуется контроль МНО на уровне 2,0 – 3,0 1 раз в месяц.

Д) **мониторинг водно-электролитного баланса и гемостаза.**

общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты)

биохимический анализ крови (общий белок (не ниже 50 г/л), мочевины и креатинин, общий билирубин, электролиты);

коагулограмма: при введении НМГ все параметры д.б. в норме, при лечении варфарином контроль эффективности осуществляется по МНО – д.б. не ниже 1,5 (норма 0,7 – 1,3);

общий анализ мочи.

В стационаре лабораторный контроль должен проводиться не реже 1 раза в 3 дня.

4. Нарушение эвакуации мочи. Характерно для спинальных пациентов и пациентов, обезболиваемых морфином. Хронический застой мочи, длительная постоянная катетеризация мочевого пузыря либо частые разовые катетеризации приводят к развитию уретрита, цистита и пиелонефрита, что само по себе является достаточно частой причиной смерти таких пациентов от *сепсиса*.

Методы профилактики:

А) **цистостомия**. Обязательно должна выполняться у данной категории пациентов. Облегчает эвакуацию мочи, уход за органами мочеполовой системы, значительно снижает риск травматизации и развития инфекций мочеполовых путей у пациентов с хроническим уростазом.

Б) **уход за цистостомой, промывание мочевого пузыря**. Необходимо ежедневно менять повязки на цистостоме, следить за чистотой и герметичностью (при подтекании мочи - консультация уролога). Промывание мочевого пузыря осуществляется при необходимости путем инстилляций 250 мл теплого ($\approx 37^{\circ}\text{C}$) раствора фурацилина. Рутинное промывание не рекомендовано.

В) **мониторинг состояния мочевыводящей системы**. Врач *при осмотре* должен уделять внимание состоянию цистостомы, жалобам со стороны мочеполовых органов (боли, рези), внешнему виду мочи.

Термометрия – ежедневно.

Общий анализ мочи (рН, количество белка, лейкоцитов, эритроцитов, бактерий, грибков). Кратность – см. выше.

Кроме всего вышеперечисленного следует напомнить, что пациент нуждается в **пище**. КОМА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ КОРМЛЕНИЮ, оно может осуществляться через зонд в виде специальной энтеральной смеси. При длительном отсутствии или нарушениях глотания выполняется **пункционная гастростомия** под контролем ФГС с целью исключения риска развития эрозий пищевода и желудка и облегчения процедуры кормления. Если пациент частично или полностью лишен возможности усваивать энтеральное питание, следует помнить о существовании частичной и полной парентеральной нутритивной поддержки.

Также следует помнить, что лежащий пациент не всегда в состоянии следить за **полостью рта**, ежедневная гигиена которой должна входить в перечень обязательных мероприятий. При невозможности самостоятельно чистить зубы с использованием зубной пасты рекомендована обработка зубов, внутренней поверхности щек, десен и языка раствором хлоргексидина с использованием зубной щетки либо марлевых салфеток, закрепленных в зажим или пинцет с последующим полосканием (или орошением) полости рта раствором хлоргексидина.