Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования специалистов

Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения УР

**Реферат**

**Сестринский процесс при заболеваниях крови**

2010

**Введение**

Заболевания крови и органов кровообращения представляют собой одну из основных причин заболеваемости и смертности в промышленно-развитых странах мира. Около ¼ всего взрослого населения страдает от какой-либо формы патологии системы кровообращения и сердечнососудистой системы. Значимость профилактических мероприятий, в том числе физических упражнений, определяется масштабами нанесенного этими заболеваниями ущерба. Как показали эпидемиологические исследования последних 40 лет, физические упражнения – реальный путь к продлению жизни, сохранению активности и здоровья. В то же время низкая физическая активность рассматривается как составная часть многофакторного риска заболевания органов кровообращения.

В отличие от врачебного сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т.п.). Сестринский диагноз может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринский диагноз предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

**Сестринский процесс при заболеваниях системы крови**

Сестринский процесс при анемиях

**Анемии** (от греческого «бескровие») – это патологические состояния, связанные со снижением гемоглобина и / или эритроцитов в периферической крови.

Причинами анемии могут быть:

* кровопотери (острые, хронические);
* нарушения кровообразования (гемопоэза);
* усиленная деструкция (распад) эритроцитов.

При первичной сестринской оценке состояния пациентов с анемиями выявляются как действительные, так и потенциальные проблемы пациентов. Они могут быть связаны с общими симптомами заболевания, характерными для всех анемий: бледностью, сухостью кожи и слизистых оболочек; слабостью, утомляемостью, сонливостью; головокружением, обмороками; снижением аппетита. Проблемы пациента могут быть вызваны и специфическими симптомами, характерными для определенного вида анемий, а также дефицитом знаний о своем заболевании и о причинах, его вызвавших; о факторах риска развития обострений и / или осложнений; о рациональном питании при своем заболевании; о правилах приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

**Железодефицитная анемия (ЖДА**), так называемая «социальная болезнь», характеризуется наличием небольших бледных эритроцитов и истощением запасов железа в организме (цветовой показатель меньше 0,85).

Среди причин ЖДА нарушение потребления железа (несоответствие потребляемого с пищей железа и его расхода в организме); нарушение всасывания железа в организме (заболевания желудка, тонкого кишечника); хронические кровопотери (желудочно-кишечные, маточные кровотечения и др.); повышенная потребность организма в железе.

К группе риска по ЖДА относятся молодые люди (усиленный рост); беременные; женщины, кормящие ребенка грудью; пациенты с заболеваниями желудка, тонкого кишечника, печени; пациенты, страдающие хроническими кровотечениями.

Общее содержание железа в организме взрослого человека составляет около 5 г, 60–70% которого содержится в гемоглобине, остальное – в депо железа: в печени, мышцах (в виде гемосидерина, ферритина). Железо поступает в организм человека с пищей животного происхождения, где оно уже находится в двухвалентном состоянии (мясо – 22%, рыба – 11%, яйца – 3%), а также с пищей растительного происхождения, где железо находится в трехвалентном состоянии (бобы – 3%, гречка – 3%, яблоки – 3%, гранаты – 3%).

Среди симптомов, характерных для ЖДА, извращение вкуса (поедание грязи, мела, льда) и обоняния (приятен запах бензина, нафталина); воспаление языка, гиперемия, шелушение и появление трещин в области красной каймы губ; дистрофия ногтей, ломкость волос.

Терапия ЖДА предусматривает рациональное питание и назначение пациенту препаратов железа.

Рациональное питание предполагает потребление продуктов животного происхождения (мясо, рыба); продуктов, способствующих усвоению железа в организме (с высоким содержанием аскорбиновой кислоты – свежие фрукты, ягоды, соки); исключение из рациона продуктов, способствующих снижению усвоения железа (чай, кофе, свежая выпечка, печень говяжья и свиная, щавель, салат).

Переизбыток железа в организме человека опасен для его жизни. Поэтому препараты железа назначаются только врачом. Они принимаются до еды или в перерывах между едой, т. к. прием пищи снижает всасываемость железа. Запивать препараты железа следует водой или фруктовым соком. Побочными явлениями при приеме препаратов железа могут быть тошнота, темная окраска зубов, темная окраска стула. При бесконтрольном приеме препаратов железа (в том числе и витаминов, содержащих железо) у пациентов могут появиться рвота, кровавый понос, судороги.

**В12-дефицитная анемия** характеризуется наличием больших эритроцитов в периферической крови (цветовой показатель больше 1,05).

Среди причин В12-дефицитной анемии нарушения питания (при вегетарианстве, хроническом алкоголизме, извращенном рационе); недостаточное всасывание питательных веществ (заболевания желудка, кишечника, наличие в кишечнике паразитов, например широкого лентеца; неэффективная работа печени); повышенная потребность в витамине В12, (например, при гипертиреозе, в молодом возрасте).

К группе риска по В12-дефицитной анемии относятся молодые люди; беременные; женщины, кормящие ребенка грудью; пациенты с заболеваниями желудка, кишечника, печени, онкологические больные; пациенты, у которых имеются паразитарные заболевания; хронические алкоголики.

Витамин В12 поступает в организм человека с пищей животного происхождения (мясо, печень). Это внешний фактор обмена. Внутренний фактор – это секрет, выделяемый париетальными клетками слизистой желудка. Соединение внутреннего и внешнего фактора обмена витамина В12 происходит в тонком кишечнике. Затем витамин В12 всасывается в кровь и через печень (депо витамина В12) поступает в костный мозг и участвует в гемопоэзе эритроцитов.

Симптомы, характерные для В12-дефицитной анемии, связаны с поражением ЦНС, и в первую очередь передних, задних и боковых рогов спинного мозга. Среди них нарушение глубокой чувствительности (не чувствует пола, тапочек и др.), нарушение походки (атаксия); спастические парезы; снижение болевой чувствительности по типу носков, перчаток; нарушение функции тазовых органов; снижение зрения из-за поражения зрительного нерва, воспаление языка, появление трещин на губах, их покраснение и шелушение, депрессия.

Лечение В12-дефицитной анемии предполагает рациональное питание (употребление в пищу говядины, телятины, печени в отварном виде) и медикаментозное лечение по назначению врача (парентеральная инъекция витамина В12).

**Фолиеводефицитные анемии** характеризуются наличием больших эритроцитов в периферической крови (цветовой показатель больше 1,05).

Среди причин фолиеводефицитной анемии недостаточное поступление фолиевой кислоты с пищей (отсутствие в рационе зеленых овощей, фруктов, молочных продуктов, хронический алкоголизм, исключительно парентеральное питание); недостаточное всасывание фолиевой кислоты (заболевания кишечника, прием лекарственных препаратов, оральных контрацептивов); повышенная потребность в фолиевой кислоте (беременность, кормление ребенка грудью, онкологические заболевания и др.).

К группе риска по фолиеводефицитной анемии относятся молодые люди; беременные; женщины, кормящие ребенка грудью; пациенты, принимающие барбитураты, противосудорожные лекарственные препараты; хронические алкоголики; «бутербродники», или лица с неполноценным питанием; лица, принимающие оральные контрацептивы.

Витамин В6 (фолиевая кислота) поступает в организм человека с пищей. Он содержится в зеленых овощах и фруктах, дрожжах, печени, картофеле, грибах.

Поступая вместе с пищей, фолиевая кислота через тонкий кишечник всасывается в кровь, а затем через печень попадает в костный мозг, где участвует в гемопоэзе эритроцитов.

Симптомы, характерные для фолиеводефицитной анемии: тошнота, охриплость голоса, воспаление языка, появление трещин на губах, их покраснение и шелушение, депрессия.

Принципы лечения фолиеводефицитной анемии предполагают рациональное питание (употребление в пищу фруктов, зеленых овощей, особенно листьев салата, картофеля, печени, грибов), его регулярность, а также медикаментозное лечение по назначению врача – прием витамина В6 (фолиевой кислоты). Пациенту ни в коем случае нельзя заниматься самолечением.

**Цели сестринского вмешательства при анемиях**

При всех видах анемии могут быть следующие общие цели сестринского вмешательства: знание пациентом причин своего заболевания; прием пациентом лекарственной терапии по назначению врача; питание, адекватное заболеванию; профилактика пролежней, травм (падений, ожогов и т.д.); профилактика инфицирования, уменьшение депрессии.

В рамках сестринских вмешательств медсестре следует провести с пациентом и / или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами; проводить мероприятия по профилактике травматизма (объяснить пациенту необходимость ношения обуви без каблуков с закрытыми пятками, сопровождать его и т.д.). Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.

Сестринский процесс при лейкозах

Лейкозы представляют собой опухоли, диффузно поражающие гемопоэтическую ткань костного мозга. Уровень заболеваемости лейкозами в разных странах мира колеблется в широком диапазоне: от 3 до 10 человек на 100000 населения. При этом мужчины болеют различными формами лейкоза примерно в 1,5 раза чаще, чем женщины.

Принципы классификации лейкозов

Можно выделить основные принципы классификации:

1. По характеру течения
	* острые, протекающие менее года
	* хронические, существующие длительное время (однако необходимо отметить, что острый лейкоз никогда не переходит в хронический, а хронический никогда не обостряется – таким образом, термины «острый» и «хронический» используются только из-за удобства; значение этих терминов в гематологии отличается от значения в других медицинских дисциплинах);

2. По степени дифференцировки опухолевых клеток:

* недифференцированные,
* бластные,
* цитарные лейкозы;

3. В соответствии с цитогенезом

Эта классификация основывается на представлениях о кроветворении.

Острые лейкозы по цитогенезу подразделяются на:

* лимфобластный,
* миелобластный,
* монобластный,
* миеломонобластный,
* эритромиелобластный,
* мегакариобластный,
* недифференцированный.

Хронические лейкозы представлены лейкозами:

* миелоцитарного происхождения:
* хронический миелоцитарный лейкоз,
* хронический нейтрофильный лейкоз,
* хронический эозинофильный лейкоз,
* хронический базофильный лейкоз,
* миелосклероз,
* эритремия / истинная полицитемия,
* эссенциальная тромбоцитемия,
* лимфоцитарного происхождения:
* хронический лимфолейкоз,
* парапротеинемические лейкозы:
* миеломная болезнь,
* первичная макроглобулинемия Вальденстрема,
* болезнь тяжелых цепей Франклина,
* лимфоматоз кожи – болезнь Сезари,
* моноцитарного происхождения:
* хронический моноцитарный лейкоз,
* хронический миеломоноцитарный лейкоз,
* гистиоцитоз Х.

С точки зрения данной классификации можно говорить об относительном переходе хронических лейкозов в острые лейкозы при продолжающемся, длительном действии этиологических факторов (действие вирусов, ионизирующего излучения, химических в-в и т.д.). То есть кроме нарушений клеток-предшественниц миело- или лимфопоэза развиваются нарушения, характерные для острых лейкозов; происходит «осложнение» течения хронического лейкоза.

Максимальный уровень заболеваемости хроническими лейкозами наблюдается у людей старше 40–50 лет, а острыми – в возрасте до 10–18 лет. Лейкозы относятся к группе заболеваний, называемых гемабластозами. Гемабластозы – это опухолевый процесс, новообразования, возникающие из клеток кроветворной ткани.

Гемабластозы подразделяются на 2 группы:

1) системные заболевания, диффузно поражающие кроветворную ткань, – лейкозы;

2) регионарные заболевания – гематосаркомы – образуют солидные опухоли

Гематосаркомы также происходят из кроветворных клеток, однако находящихся вне костного мозга. Кроме того, гематосаркомы в отличие от лейкозов характеризуются местным, локальным ростом. Их клетки первоначально не распространяются по системе кроветворения. Однако, учитывая единую опухолевую сущность обеих групп гемабластозов, лейкозы и гематосаркомы могут «переходить» друг в друга: метастазирование лейкозных клеток за пределы костного мозга приводит к развитию гематосарком, и наоборот, попадание клеток гематосарком в кроветворную ткань костного мозга обуславливает развитие лейкоза.

Острые лейкозы занимают ведущее место в структуре заболеваемости гемобластозами, составляя приблизительно 13 их общего числа. Мужчины болеют чаще, чем женщины. При этом всеми исследователями отмечается 2 пика заболеваемости: в 3–4 и 60–69 лет.

Что такое острый лейкоз?

Острый лейкоз – это быстро развивающееся заболевание костного мозга, при котором происходит бесконтрольное накопление незрелых белых клеток крови в костном мозге, периферической крови и различных внутренних органах.

Замещение костного мозга опухолевыми клетками нарушает его способность производить необходимое число здоровых клеток крови. В результате развивается нехватка красных клеток крови – эритроцитов, белых клеток крови – лейкоцитов и клеток крови, ответственных за свертывание крови – тромбоцитов.

Основные симптомы заболевания

* Кровоточивость
* Слабость, утомляемость
* Бледность
* Склонность к инфекциям

Перечисленные симптомы не являются характерными только для острого лейкоза и могут быть обнаружены при других заболеваниях.

Диагностика острого лейкоза

Диагноз острого лейкоза помогают поставить следующие виды исследований:

Врачебный осмотр

Общий и биохимический анализы крови

Исследование костного мозга

В образце костного мозга, получаемом из грудины или подвздошной кости, при остром лейкозе выявляют замещение нормальных клеток незрелыми опухолевыми клетками (бластами).

Специальное иммунологическое исследование – иммунофенотипирование

Иммунофенотипирование проводится методом проточной цитометрии и позволяет определить, к какому подвиду лейкоза принадлежит данное заболевание, что имеет важное значение для выбора оптимальной программы лечения.

Цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование

При цитогенетическом исследовании выявляют специфические хромосомные повреждения, наличие которых помогает определить подвид лейкоза и оценить агрессивность заболевания. В ряде случаев назначается молекулярно-генетическая диагностика, способная выявить генетические нарушения на молекулярном уровне.

Дополнительные исследования

При некоторых формах лейкоза проводят исследование спинномозговой жидкости, чтобы определить есть ли в ней опухолевых клеток. Это важная информация используется при разработке программы лечения заболевания.

Формы острых лейкозов

Выделяют две основные формы острого лейкоза – острый лимфобластный и острый миелобластный. Каждое из этих заболеваний подразделяется на множество подвидов, отличающихся по своими морфологическими, иммунологическими и генетическими свойствами, а также по подходам к их лечению. Подбор оптимальной программы лечения возможен только на основании точного диагноза заболевания.

Лечение острого лейкоза

Лечение больных острым лейкозом необходимо начинать сразу же после подтверждения диагноза, поскольку при отсутствии терапии заболевание развивается очень быстро. Терапия должна проводиться в специализированном гематологическом стационаре, имеющем необходимый опыт работы и соответствующее оснащение. Размещение должно проводиться в палатах не более чем на 2-х человек, с туалетом и душем. Важную роль играет вентиляция, обеспечивающая быстрое удаление из воздуха микробных тел, представляющих опасность для больных лейкозами, получающих химиотерапию.

Основное содержание лечения острого лейкоза – это химиотерапия, направленная на уничтожение лейкозных (бластных) клеток в организме больного. Кроме химиотерапии используют ряд вспомогательных методов в зависимости от состояния больного: переливание компонентов крови (эритроцитов, тромбоцитов), профилактику инфекционных осложнений, уменьшение проявлений интоксикации и др.

В соответствии с современными представлениями программа лечения острого лейкоза включает два этапа:

1) Индукция ремиссии.

Индукционная терапия – химиотерапия, направленная на максимальное уничтожение лейкозных клеток, с целью достижения полной ремиссии.

2) Химиотерапия после достижения ремиссии.

Химиотерапия поле достижения ремиссии обеспечивает предупреждение рецидива острого лейкоза.

На этом этапе лечения могут быть использованы различные подходы: консолидация, интенсификация и поддерживающая терапия.

Консолидация используется после достижения полной ремиссии и проводится по тем же программам, которые применялись при индукции ремиссии.

Интенсификация предполагает применение более активной химиотерапии, чем при индукции ремиссии.

Поддерживающая терапия предполагает использование химиотерапевтических препаратов в дозах меньших по сравнению с этапом индукции, но в течение более длительного периода времени.

Кроме стандартных методов лечения существуют также и другие терапевтические подходы:

Высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией стволовых кроветворных клеток (аутологичных или аллогенных).

Трансфузии лимфоцитов донора

Немиелоаблативная трансплантация стволовых кроветворных клеток

Новые лекарственные препараты (нуклеозидные аналоги, дифференцирующие средства, моноклональные антитела).

Сестринский процесс при геморрагических диатезах

Геморрагические диатезы-заболевания с нарушением механизма свертывания крови и повышенной кровоточивостью.

Геморрагические диатезы (греч. Haimorrhfgia кровотечение; диатезы) – группа наследственных и приобретенных болезней. Основным клиническим признаком которых является повышенная кровоточивость-наклонность организма к повторным кровотечениям и кровоизлеяниям, самопроизвольным или после незначительных травм. Первичные геморагические диактезы относят к врожденным семейно-наследственным заболеваниям, характерный признак которых – дефицит которого-либо отного фактора свертывания крови; исключением является болезнь Виллебранта, при которой нарушаются несколько факторов гемостаза. Симптоматические геморрагические диатез характеризуются недостаточностью нескольких факторов свертывания крови.

**Причины появления диатеза**

Различают наследственные (семейные) формы с многолетней, начинающейся с детского возраста кровоточивостью и приобретенные формы в большинстве своем вторичные (симптоматические). Большая часть наследственных форм связана с аномалиями мегакариоцитов и тромбоцитов, дисфункцией последних либо с дефицитом или дефектом плазменных факторов свертывания крови, а также фактора Виллебранда, реже - с неполноценностью мелких кровеносных сосудов (телеангиэктазия, болезнь Ослера – Рандю). Большинство приобретенных форм кровоточивости связано с синдромом ДВС, иммунными и иммунокомплексными поражениями сосудистой стенки (васкулит Шенлейна–Геноха, эритемы и др.) и тромбоцитов (большинство тромбоцитопений), с нарушениями нормального гемопозза (геморрагии при лейкозах, гипо- и апластических состояниях кроветворения, лучевой болезни), токсико-инфекционным поражением кровеносных сосудов (геморрагические лихорадки, сыпной тиф и др.), заболеваниями печени и обтурационной желтухой (ведущими к нарушению синтеза в гепатоцитах факторов свертывания крови), воздействием лекарственных препаратов, нарушающих гемостаз (антикоагулянты, фибринолитики) либо провоцирующих иммунные нарушения – тромбоцитопению (гаптеновая форма), васкулиты. При многих перечисленных заболеваниях нарушения гемостаза носят смешанный характер и резко усиливаются в связи с вторичным развитием синдрома ДВС, чаще всего в связи с инфекционно-септическими, иммунными, деструктивными или опухолевыми (включая лейкозы) процессами.

**Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)**

Клиническая картина. Главным признаком являются множественные кровоизлияния в слизистой оболочке и кожу. Кожные геморрагии имеют различную величину – от петехий до крупных пятен, кровоподтеков, которые располагаются на передней поверхности туловища и конечностей. Часто бывают кровотечения – носовые, из десен, маточные. Может быть увеличена селезенка. При исследовании крови отмечается значительное уменьшение количества тромбоцитов. Оно снижается больше чем в 10 раз, появляются патологические формы тромбоцитов, возникает кровотечение с развитием анемии.

Лечение. Пациента госпитализируют. Переливание тромбоцитной массы, полноценное питание, витаминотерапия. В тяжелых случаях удаляют селезенку, после чего повышается содержание тромбоцитов и уменьшается кровоточивость.

Глюкокортикоиды, негормональные иммунодепрессанты (винкристин, циклофосфан, азотиоприн), симтоматическая терапия при кровотечении (АКК).

**Гемофилия**

Это генетическое заболевание. Заболевают исключительно мужчины. При этом заболевании бывает выраженная кровоточивость даже после незначительной травмы, кровотечение продолжается до нескольких суток.

Клиническая картина. Характерны обильные и длительные кровотечения при травмах, гематуриях. Возможны забрюшинные гематомы, желудочно-кишечные кровотечения, гемартрозы. При исследовании крови выявляется резкое увеличение времени свертывания и анемии.

Лечение. Переливание свежецитратной крови или антигемофильной плазмы. Для обработки кровоточащих участков – чистый антигемофильный глобулин, АКК, фибриноген. Предупреждение травм, ЛФК.

**Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна – Геноха)**

Это системное сосудистое заболевание, в основе которого лежит гиперергическое воспаление капилляров и мелких сосудов.

Клиническая картина. Может протекать с наличием кожного, суставного, абдоминального и почечного синдрома. Частым симптомом является папулезно – геморрагическая сыпь на коже конечностей, ягодиц. Сыпь носит характер эритематозных пятен величиной в 2–5 мм, которые располагаются симметрично на верхних и нижних конечностях. В тяжелых случаях она может распространяться на туловище и лицо. Могут возникать сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой с кровью. Часто поражаются суставы, они болезненны, отечны, ограниченно подвижны. Опасно поражение почек по типу острого или хронического гломерулонефрита. В крови умеренный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

Лечение. В основе лечения лежит применение гепарина.

Свежезамороженная плазма, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин). Лечение анемического синдрома. Пациентам противопоказаны прививки.

**Сестринский процесс в гематологическом отделении**

1 этап. Сестринское обследование пациента с патологией органов кроветворения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Жалобы пациента:**1. общая слабость
2. повышение температуры тела
3. кровоточивость десен
4. боли в горле и костях
5. желтушность кожи и слизистых оболочек
6. изменение вкуса
7. ломкость ногтей
8. выпадение волос
9. увеличение лимфоузлов
 | **Анамнез болезни:**1. факторы риска
2. причины
3. начало заболевания
4. динамика
5. результаты проведенного обследования
6. проведенное лечение
7. осложнения
 | **Анамнез жизни:**1. наследственность
2. факторы риска
3. профессия
4. перенесенные заболевания
5. профессиональные вредности
6. условия быта, питания
 |

**Непосредственное обследование**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Осмотр:**1. Бледность кожи
2. Желтушность кожи
3. Кровоизлияние в кожу
4. Ангина

Изменения языка | **Пальпация, перкуссия:**1. Увеличение лимфоузлов
2. Увеличение печени и селезенки
3. Болезненность плоских костей
 | **Аускультация:**1. Сердце (функциональные изменения)
2. Легкие (признаки пневмонии)
 |

Необходимо обращать внимание на все характерные жалобы:

* 1. Снижение работоспособности
	2. Общая слабость
	3. Ночная потливость
	4. Ознобы
	5. Обмороки
	6. Головные боли и головокружения
	7. Тошнота, рвота
	8. Снижение аппетита
	9. Кровотечения
	10. Чувство жжения в языке
	11. Боли в костях

В беседе с пациентами нужно выяснить наследственную предрасположенность, наличие тех или иных вредных привычек, особенности питания, профессию, условия труда и быта, имели ли место интоксикация.

При осмотре следует обратить внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, наличие кровоизлияний, форму и величину периферических лимфоузлов. На основании данных обследования сестра самостоятельно разрабатывает план ухода.

Заболевания крови могут сопровождаться кровотечениями. В обязанности сестры входит внимательное наблюдение за характером стула таких пациентов. При обнаружении примеси крови в кале, или дегтеобразного стула нужно немедленно сообщить врачу. При лечении пациента гепарином – наблюдение за цветом мочи. При острых лейкозах отмечаются лихорадка, озноб, проливные поты, повышенная кровоточивость.

2 этап. Определение проблем пациента.

Планирование сестринского ухода – сложная задача, так как при заболеваниях системы крови нарушаются почти все потребности пациента:

* Дышать (анемия, гипоксия органов)
* Есть (снижен аппетит при лейкозах)
* Спать, отдыхать (боли в костях, селезенке)
* Одеваться, раздеваться (резкая слабость)
* Двигаться (слабость, тугоподвижность в суставах при гемофилии)
* Поддерживать температуру тела в пределах нормы (лихорадка при лейкозах)
* Поддержание безопасности окружающей среды (тревога, неуверенность, связанные с длительной госпитализацией)
* Общаться (одиночество, тревога)
* Трудиться и отдыхать (страх потери работы из-за длительной болезни)

3 этап. Планирование и реализация сестринских вмешательств.

Например, планирование ухода по приоритетной проблеме гипертермия включает следующие действия.

1. Согреть пациента (одеяло, теплые грелки к ногам, теплое питье)
2. Измерять температуру тела каждые два часа
3. Орошать слизистую оболочку полости рта, губы водой
4. Подвесить над головой или приложить к шее пузырь со льдом
5. Измерять повторно АД, пульс, ЧДД
6. Обеспечить туалет кожи, смену нательного и постельного белья
7. Выполнять назначения врача
8. Постоянно наблюдать за состоянием пациента при нарушениях сознания, психики, возникающих при лихорадке.

Такие же конкретные планы составляются при приоритетных сестринских диагнозах:

* Слабость
* Одышка
* Отсутствие аппетита
* Нарушение сна
* Тревога

Длительное нахождение пациента в постели может привести к развитию застойных явлений и пневмонии. Для предупреждения легочных осложнений необходимо периодически изменять положение тела, назначить дыхательную гимнастику.

При гематологических заболеваниях часто происходит набухание и кровоточивость десен, в результате чего могут развиваться нагноительные процессы в полости рта (прополоскать рот раствором питьевой соды с йодом).

Медсестра должна следить за своевременным приемом пациентом лекарств, объяснить особенности диеты. Питание должно быть разнообразным и полноценным.

Пациенты часто бывают подавленными, раздражительными, при уходе за ними медсестра должна проявлять терпение и внимание.

При заболеваниях крови широко используют капельное переливание крови и ее компонентов. Во время гемотрансфузии может повыситься температура тела, появиться озноб, одышка, недомогание. Медсестра должна уметь принять адекватные меры и в случае необходимости вызвать врача. Могут развиваться явления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Медсестра должна уметь оказать помощь при неотложных состояниях.

Медсестра участвует в диагностических и лечебных процедурах, проводит санпросвет работу, обучает членов семьи пациента элементам ухода и гигиеническим навыкам.

4 этап. Оценка эффективности сестринских вмешательств.

Цели вмешательств при заболеваниях крови, как правило, долгосрочные. Достигнув краткосрочных целей, медсестра ежедневно планирует возникающие проблемы.

Медсестра планирует и обучает родственников правилам двигательного режима, питания, ухода за кожей и другим навыкам.

**Действия медсестры при решении возможных проблем пациентов с патологией системы крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Проблема** | **Действия медсестры** |
| Потенциальная угроза здоровью, связанная с дефицитом информации о своем заболевании | Провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений |
| Трудности в принятии изменении диеты в связи со сложившимися ранее привычками | Провести беседу с пациентом о значении диеты на течение болезни и выздоровлении. Проводить контроль за передачами родственников. |
| Риск падения из-за слабости, головокружения | Оказывать пациенту помощь при перемещении, сопровождать его. |
| Тошнота, изменение вкуса | Создать благоприятную обстановку во время еды. Принимать пищу маленькими порциями, но часто |
| Слабость, быстрая утомляемость | Проводить контроль за соблюдением режима двигательной активности. Контроль за своевременным приемом лекарств |
| Затруднения глотания из-за болей в горле | Рекомендовать жидкую и полужидкую пищу маленькими порциями, но часто. Обеспечить уход за полостью рта |
| Озноб из-за начинающейся лихорадки, жар из-за высокой температуры | См. выше |
| Снижение аппетита, риск снижения массы тела | Провести беседу о необходимости полноценного питания. Обеспечить жидкостью (чай, минеральная вода, соки). Взвешивать пациент ежедневно, измерять суточный диурез |
| Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта | Проводить тщательный уход за полостью рта |
| Нарушение целостности кожи | Проводить тщательный уход за кожей |
| Риск инфицирования кожи из-за расчесов и заед в уголках рта | Проводить туалет полости рта после каждого приема пищи. Провести беседу о значении гигиены |
| Риск развития пневмонии из-за снижения иммунитета | Обучить пациента принимать положение Фаулера. Обучить дыхательным упражнениям |
| Трудности с мочеиспусканием из-за невозможности посещать туалет | Провести беседу о необходимости регулярного опорожнения мочевого пузыря. Подавать судно в постель, подмывать после каждого мочеиспускания |
| Страх смерти | Провести беседу с пациентом. Оказать психологическую поддержку |
| Ограничение подвижности из-за слабости, дефицит самоухода | Ежедневно проводить гигиенический уход по примерному стандарту |

**Заключение**

Итак, целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

В рамках сестринских вмешательств при заболеваниях крови медсестре следует провести с пациентом и / или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений или обострений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами; проводить мероприятия по профилактике травматизма (объяснить пациенту необходимость ношения обуви без каблуков с закрытыми пятками, сопровождать его и т.д.). Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.

В заключение можно сделать вывод, что современные представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы.

Это требует от медсестры работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

**Список литературы**

1. С.А. Мухина, И.И. Тарковская «Теоретические основы сестринского дела» часть I–II 1996 г., Москва
2. В.В. Серов, М.А. Пальцева «Патологическая анатомия. Курс лекций», М. Медицина, 1998
3. Э.В. Смолева «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи», Ростов н/Д: Феникс, 2008
4. Б.И. Шулутко «Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней», 2005