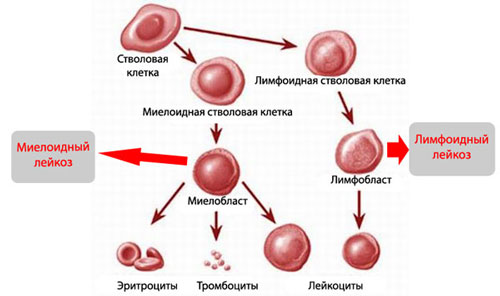
**Тема: "Сестринский уход при заболеваниях крови (лейкозы, геморрагические диатезы)".**

**Лейкоз****(гемобластоз)**

- злокачественная опухоль системы крови.

* *Сущ­ность лейкоза* заключается в поражении костного мозга, селезенки, лимфатических узлов.
* Количество больных лейкозами во всем мире растет с учетом увеличения заболеваемости хроническими болезнями ЖКТ, испытанием ядерного оружия, аварийных ситуаций на атомных электростанциях (Чернобыль и др.),иммунодефицита населения и др.
* Заболевают преимуще­ственно люди работоспособного возраста, подростки, дети.
* Для сохранения жизни, работоспособности пациентов требуется много времени, средств, усилий, а это значит, что лейкозы все еще имеют большое социальное значение.
* При лейкозе в периферической крови наблюдается большое количество незрелых лейкоцитов *(бластов),* которые обычно имеются только в костном мозге и в лимфатичес­ких узлах.
* В ряде случаев общее количество лейкоцитов в периферической крови не увеличивается, происходит толь­ко качественное их изменение. Такие лейкозы называют­ся *алейкемическими*.
* Выделяют *острый* и *хронический* лейкоз.

Э т и о л о г и я.

* Доказана опухолевая природа лейко­зов.
* К возможным этиологическим факторам, вызываю­щим лейкоз, относят ионизирующее излучение, вирусы, ряд экзогенных химических веществ.
* Имеет значение ге­нетическая предрасположенность, наследственная или при­обретенная иммунная недостаточность.
* Итак, существующие современные теории лейкозов:
* опухолевые *(клоновая теория)*
* *к*анцерогенез - воздействие канцерогенных веществна организм
* воздействие ионизирующей радиации (Хиросима,Чернобыль)
* иммунодефицит

П а т о г е н е з л е й к о з о в.

*Клоновая теория*.

В осно­ве лейкозов лежит хромосомная мутация в какой-либо од­ной клетке с последующим ее размножением и образова­нием клона патологических клеток.

Играет роль и ауто­иммунизация.

**Острый лейкоз.**

Основной субстрат опухоли составлл­ют молодые, *бластные* клетки, которые в большом коли­честве содержатся в костном мозге.

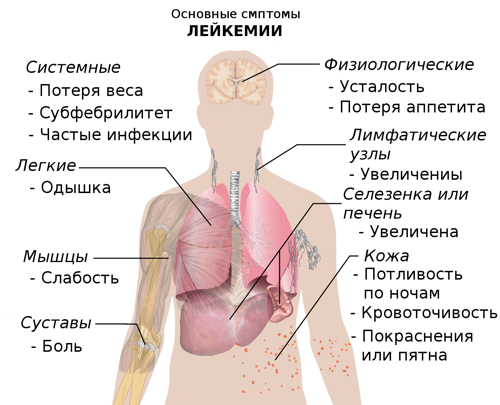
Выделяют следующие варианты острого лейкоза:

1) лимфобластный

2) миелобастный

3) монобластный

4) промиелоцитарный

5) не­дифференцированный и др.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а.

* заболевание развивается быстро
* температура тела поднимается до высоких цифр
* нарастает общая слаболсть
* беспокоит озноб
* сильная потливость
* аппетит отсутствует
* бывает носовое кровотечение

В клинической картине можно выделить несколько синдромов:

* *анемический*
* *геморрагический*
* *интоксикационный*
* *иммунодефицитный*
* *гиnерnластический*
* при осмотре можно обнаружить многочисленные кровоизлияния на коже
* развивается стоматит, некротическая ангина
* шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены
* подкожная жировая клетчатка в области шеи отечна
* наблюдается желудочное кровотече­ние при разрушении лейкозных инфильтратов стенки же­лудка
* в зависимости от формы острого лейкоза увели­чиваются селезенка, печень, лимфатические узлы

*ОАК*:

* ­прогрессирующая анемия
* тромбоцитопения
* количество ретикулоцитов уменьшено
* около 95 % всех лейкоцитов составляют *миелобласты* или гемоцитобласты (недиффе­ренцированные клетки)
* отмечается лейкоцитоз в период бластного криза

При остром *миелобластном* лейкозе

- в мазке крови определяются бластные (молодые) формы *(миелобласты)* и зрелые лейкоциты, а промежуточные формы отсутству­ют *(лейkемический провал).*

При остром *лимфобластном* лейкозе –

в крови преобладают лимфобласты.

* Анемия и тромбоцитопения - «спутники» лейкоза.
* Диагноз «острый лейкоз» может быть поставлен только при наличии в костном мозге или крови повышенного ко­личества бластных клеток (15-20% и более).
* Обязателен анализ пунктата костного мозга *(стернальной nункции).*

Л е ч е н и е.

1. Лечебный режим.

* Госпитализация в спе­циализированное гематологическое отделение.
* Постельный режим.
* Питание должно быть высококалорийным.

2. Гормональная и цитостатическая терапия:

* предни­золон
* антиметаболиты (6-меркаптопурин, метотрек­сат и др.)
* винкристин
* винбластин
* циклофосфан
* противоопухолевые антибиотики (рубомицин, карминомицин)

3. Дезинтоксикационная терапия:

* гемодез
* раствор аль­бумина

4. Иммунотерапия:

* интерферон
* реаферон

5. Трансплантация костного мозга.

6. Лечение инфекционных осложнений:

* помещение па­циента в асептическую палату
* назначение антибио­тиков широкого спектра действия (полусинтетичес­кие пенициллины + цефалоспорины)
* противовирус­ные препараты (ацикловир)

7. Лечение анемии. .

8. Лечение геморрагического синдрома:

переливание тромбоцитов от ближайших родственников, свеже­замороженной плазмы, аминокапроновой кислоты

**Хронический миелолейкоз.**

- злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из клеток предшественниц миелопоэза.

* характерной особенностью хронического миелолейкоза является наличие филадельфийской хромосомы, которая обнаруживается у 90-97 % пациентов
* доказана роль ионизирующей радиации в этиологии хронического миелолейкоза

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а.

* в *начальной стадии* хронический миелолейкоз практически не диагностируется
* в *развернутой стадии* пациенты

жалуются на:

* общую слабость
* ощущение тяжести и боли в левом подреберье
* повышенную потливость
* кровоточивость десен
* при осмотре выявляются:
* значительное увеличение селезенки (селезенка так же, как и костный мозг, подвергается миелоидной метаплазии и достигает огромных размеров), лимфатических узлов
* бледность кожных покровов
* исхудание
* температура тела повышена
* печень увеличена

Исследование крови:

* незрелые формы лейкоцитов миелоидного ряда: *мuелобласты, промиелоцuты, мuелоцuты, юные палочкоядерные* и *зрелые сегментоядерные нейтрофuлы (отсутствует лейкемический провал* или разрыв, так как есть и молодые бластные клетки, и промежуточные, и зрелые)
* значительно увеличивается количество лейкоцитов
* отмечается анемия
* Заболевание протекает с периодически повторяющимися обострениями (бластными кризами) и ремиссиями.
* Большое диагностическое значение имеют пункция грудины и исследование пунктата: обнаруживается много миелобластов и промиелоцитов.
* Наиболее тяжелое осложнение – геморрагический диатез с обильным кровотечением.
* Диагноз устанавливают на основании нарастающего нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом до миелоцитов и промиелоцитов, в сочетании с увеличенной селезенкой и наличием филадельфийской хромосомы в костном мозге.

Л е ч е н и е.

* осуществляется в стационаре
* внутрь назначают миелосан, миелобромол
* рентгенотерапия (облучение области селезенки, костей, лимфатических узлов)
* препараты радиоактивного фосфора
* при гиперлейкоцитозе назначают лейкоцитаферез
* электротеплопроцедуры противопоказаны
* в некоторых случаях прибегают к хирургическому лечению - спленэктомии, пересадке костного мозга
* симптоматические средства

**Хронический лимфолейкоз.**

- неопластическое лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся пролиферацией и увеличением в периферической крови количества зрелых лимфоцитов, увеличением лимфатических узлов, селезенки и других органов.

* характеризуется разрастанием лимфоидной ткани в лимфатических узлах, костном мозге, селезенке, печени и других органах и системах
* наряду с общими для хронических лейкозов проявлениями: слабостью, потливостью по ночам, головокружением, кровоточивостью из десен, повышением температуры тела, отмечается значительное и распространенное увеличение лимфатических узлов: околоушных, подмышечных, паховых средостенных, иногда лимфатических узлов брюшной полости
* хронический лимфолейкоз отличается доброкачественным течением и, как правило, отсутствием признаков опухолевой прогрессии
* лимфатические узлы:
* умеренно плотные
* между собой не спаяны
* при пальпации безболезненны
* иногда они увеличиваются до размеров куриного яйца (в этом случае могут развиться патологические расстройства функции внутренних органов, связанные с их сдавлением (например, сдавление венозных стволов))
* селезенка значительно увеличена, плотная, безболезненная
* печень чаще тоже увеличена
* кожные изменения проявляются экземой, псориазом, крапивницей
* могут развиться язвенная болезнь 12-перстной кишки, миокардиодистрофия с последующей сердечной недостаточностью
* часты пневмонии, бронхиты, плевриты
* поражается нервная система: клиника менингоэнцефалита, параличей черепно-мозговых нервов, кома
* в терминальной стадии прогрессивно ухудшается общее состояние, нарастает интоксикация, лихорадка
* появляются инфекционно-воспалительные состояния
* развивается тяжелая почечная недостаточность
* прогрессивно увеличиваются лимфоузлы и селезенка .

*При исследовании крови:*

* лейкоцитоз
* увеличенное количество зрелых лимфоцитов
* в тяжелых случаях повышается количество лимфобластов и пролимфоцитов
* нарастающая анемия и тромбоцитопения

Большое диагностическое значение имеют пункция грудины и исследование пунктата.

Л е ч е н и е .

* рентгенотерапия
* гормонотерапии
* химиотерапевтические препараты цитостатического действия: хлорбутин (лейкеран), циклофосфан
* полихимиотерапия - схема ЦВП (циклофосфан, винкристин, преднизолон) и другие схемы
* лучевая терапия используется при увеличении лимфоузлов
* иногда - спленэктомия.

**Проблемы пациентов при лейкозах:**

* дефицит знаний о заболевании
* нарастающая общая слабость
* боли в живо­те
* анорексия
* носовые и другие кровотечения
* проблемы семейных отношений
* изменение внешнего вида в процес­се лечения и др.

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение лейкоза.
2. Что лежит в основе разделения лейкозов на острые и хронические?
3. Назовите основные симптомы острого лейкоза.
4. Какие особенности выявляются при исследовании периферической крови у больных острым лейкозом?
5. Перечислите осложнения у больных острым лейкозом.
6. Назовите основные принципы лечения больных острым лейкозом.
7. Назовите периоды течения хронического лейкоза.
8. Перечислите основные симптомы у больных хроническим лимфолейкозом и миелолейкозом.
9. Какие особенности выявляются при исследовании периферической крови у больных хроническими лейкозами?
10. Перечислите осложнения хронических лейкозов.
11. Назовите основные принципы лечения больных хроническими лейкозами.

**Геморрагические диатезы** - группа заболеваний , различных по своей природе и клинической картине, но объединяемых основным признаком - повышенной кровоточивостью.

**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 геморрагических диатезов является повышенная кровоточивость - наклонность организма к повторным кровотечениям и кровоизлияниям, самопроизвольным или после незначительных травм.
* Первичные геморрагические диатезы относят к врожденным семейно-наследственным заболеваниям, характерный признак которых – дефицит которого-либо одного 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, 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.

1. Главным признаком являются множественные кровоизлияния в слизистой оболочке и кожу.
2. Кожные геморрагии имеют различную величину – от петехий до крупных пятен, кровоподтеков, которые располагаются на передней поверхности туловища и конечностей.
3. Часто бывают кровотечения – носовые, из десен, маточные. Может быть увеличена селезенка.
4. 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.

1. Пациента госпитализируют.
2. Переливание тромбоцитной массы, полноценное питание, витаминотерапия.
3. В тяжелых случаях удаляют селезенку, после чего повышается содержание тромбоцитов и уменьшается кровоточивость.
4. 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

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

Лечение.

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

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

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

Клиническая картина.

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

Лечение.

1. В основе лечения лежит применение гепарина.
2. Свежезамороженная плазма, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин).
3. Лечение анемического синдрома.
4. Пациентам противопоказаны прививки.

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение геморрагического диатеза.
2. На каком принципе основано подразделение геморрагических диатезов на различные группы?
3. Назовите основные симптомы геморрагических диатезов.
4. Какие особенности выявляются упри исследовании крови у больных различными группами геморрагических диатезов?
5. Назовите основные принципы лечения больных с геморрагическими диатезами с учетами развития механизмов развития кровоточивости.

**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

1. 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.
2. 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).
3. Медсестра должна следить за своевременным приемом пациентом лекарств, объяснить особенности диеты. Питание должно быть разнообразным и полноценным.
4. Пациенты часто бывают подавленными, раздражительными, при уходе за ними медсестра должна проявлять терпение и внимание.
5. 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.
6. 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**

1. Итак, целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.
2. 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.
3. 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.
4. Это требует от медсестры работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.