


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБОУ СПО РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам директора по УР


Иванова М.Н.

ФЕДОРОВА МИРАБЕЛЛА ВАЛЕРЬЕВНА

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В СТАДИИ ЦИРОЗА ПЕЧЕНИ

Выпускная квалификационная работа по специальности 060501.52 –
Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»

Гр. СД 41

Федорова М.В

Руководитель – преподаватель Охлопкова С.А.

Якутск – 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
I глава. Клиническая характеристика цирроза печени и методы проведения трансплантации печени	4
1.1. Клиническое течение хронического вирусного гепатита в стадии цирроза печени.....	4
1.2. Подготовка пациентов и доноров к трансплантации печени.....	14
II глава Особенности сестринского ухода за больными с хроническими вирусными гепатитами в стадии цирроза печени	19
2.1. Характеристика инфекционного отделения для больных вирусными гепатитами ЯГКБ.....	19
2.2. Сестринский уход за больными вирусными гепатитами в стадии цирроза печени.....	20
2.3. Этические проблемы трансплантация печени.....	31
Выводы	37
Список литературы	39

ВВЕДЕНИЕ

Вирусные гепатиты – группа инфекционных вирусных заболеваний человека, при котором происходит поражение печени. Гепатиты вызываются различными вирусами, их объединяет одно, все они оказывают токсическое влияние на печень человека

Актуальность. По распространенности заболевания и степени поражения печени, наибольшее медицинское и социальное значение имеют гепатиты В, С и Д.

Гепатит В в 10% случаев переходит в хроническую форму. 2/3 части от этого количества остаются носителями вируса, а у 1/3 части от этого количества гепатит прогрессирует.

Гепатит С у 80 – 90% больных переходит в хроническую форму.

В инфекционной патологии вирусы гепатита В, С и Д занимают лидирующее место и входят в десятку самых распространенных причин смертности в мире.

Согласно данным Центрального НИИ эпидемиологии МЗ РФ, на сегодняшний день в мире, вирусами гепатита В или С или Д заражено около 10% населения Земли.

Средний медицинский персонал занимает по значимости, второе место после врачей. Вклад и профессиональные знания среднего медицинского персонала на выздоровление больного очень велик. А уход за состоянием больного оказывает большое значение на результат лечения. На современном уровне развития медицины, средний медицинский персонал должен не только обладать практическими навыками, но так же и иметь теоретические знания в основных общепатологических процессах, а так же иметь представления о частных случаях этиологии, патогенеза и исхода, различных заболеваниях.

Цель нашей работы:

1. Изучение сестринского ухода за пациентами с вирусным гепатитом в стадии цирроза печени

Задачи работы:

1. Изучить теоретические аспекты вирусных гепатитов в стадии цирроза печени и понятие о трансплантации печени.

2. Исследовать заболеваемость вирусными гепатитами в Республике Саха (Якутия) по данным инфекционного отделения для лечения больных с вирусными гепатитами Якутской городской клинической больницы за период с 2011 по 2016 годы.
3. Определить особенности сестринского ухода при циррозе печени.
4. Выявить этические проблемы трансплантации печени.

Объект исследования: студенты ЯМК, преподаватели СПО г. Якутска, представители традиционных конфессий: христианства, ислама, католической церкви, по 10 человек с каждой группы, медицинская документация (отчеты по трансплантации печени по данным инфекционного отделения для больных вирусными гепатитами ЯГКБ), нормативно-правовая документация: Закон РФ от 22.12.1992 №4180-1 (ред. от 23.05.2016) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

I глава. Клиническая характеристика цирроза печени и методы проведения трансплантации печени.

1.1. Клинические течения хронических вирусных гепатитов в стадии цирроза печени

Вирусные гепатиты могут проявляться в различных состояний: легкие и тяжелые формы, быстропрогрессирующие формы заболевания; острые, самоограничивающиеся до хронических поражений с развитием цирроза и рака печени.

Классификация вирусных гепатитов:

- клиническое течение (острая форма, подострая и хроническая);
- локализация патологических изменений (паренхиматозный гепатит, очаговый и мезенхимальный),
- тяжесть течения заболевания (легкая форма, средняя и тяжелая);
- тип возбудителя (гепатиты А, В, С, D, E, F, G).

Наибольшую угрозу для здоровья населения представляют вирусные гепатиты с внекишечным путем передачи (В, С и D).

Существует несколько способов передачи вирусных гепатитов от человека больного к здоровому:

1) Фекально-оральный механизм заражения. Вирус переносится с фекалиями больного человека, после чего, тот с водой или пищей попадает в кишечник других людей. Характерен для вирусов гепатита А и Е.

2) Контакт человека с инфицированной кровью. Данный способ передачи характерен для вирусов гепатитов В, С, D, G. Наибольшую опасность, ввиду распространённости и тяжёлых последствий заражения, представляют вирусы гепатитов В и С. Способы передачи этих вирусов:

- Основной путь заражения (на сегодняшний день) - использование одной иглы разными людьми. Очень характерно среди наркоманов.

- Половой путь. Наиболее характерно для вируса гепатита В. Чаще всего к этому приводят беспорядочные половые связи.

- Путь заражения от матери к ребенку (врачи называют его "вертикальный") - наблюдается не так часто. Риск повышается, если женщина имеет активную форму вируса или в последние месяцы беременности перенесла острый гепатит. Вероятность заражения плода резко увеличивается, если мать, кроме вируса гепатита, имеет ВИЧ-инфекцию. С молоком матери вирус гепатита не передаётся.

- Нанесение татуировок, иглоукалывания, прокалывания ушей - при использовании нестерильных игл.

- В 40% случаев источник заражения остается неизвестным.

Установить вирусную природу гепатита и получить информацию о его происхождении возможно только путем выявления сывороточных маркеров вирусов гепатита. К таким маркерам относят вирусные белки (антигены), специфичные антитела, вырабатываемые организмом в ответ на инфекцию, и нуклеиновые кислоты вируса (ДНК или РНК), представляющие его геном.

К группе риска заражения гепатитов В, С и D входят:

- Лица, имеющие многих половых партнеров или с ранее установленным диагнозом инфекции, передающейся половым путем

- Мужчины, практикующие гомосексуальные контакты

- Половые партнеры инфицированных лиц

- Лица, употребляющие инъекционные наркотики

- Члены семьи (домочадцы) больного с хроническим гепатитом В

- Дети, родившиеся от инфицированных матерей

- Работники здравоохранения

- Больные на гемодиализе (аппарат "искусственная почка") или получающие частые переливания крови

Характеристика гепатита В

Гепатит В называют ещё сывороточным гепатитом. Такое название обусловлено тем, что заражение вирусом гепатита В может произойти через кровь, причём через чрезвычайно малую дозу.

Возбудитель: Возбудитель гепатита В- вирус, содержащий ДНК. Наружняя оболочка вируса содержит поверхностный антиген – HbsAg, который вызывает образование в организме антител к нему.

Механизм передачи: гематогенный, т.е. через кровь. Заражение происходит от больного острым или хроническим гепатитом В при попадании инфицированной крови в организм здорового человека. Вирус гепатита В проникает в клетки печени-гепатоциты и начинает размножаться.

Генетический материал вируса - вирусные ДНК собираются в ядре клетки гепатоцита, а оболочечные белки синтезируются в цитоплазме. Затем вирусные частицы – вирионы подвергаются полной сборке и покидают клетку, поражая соседние.

Пути передачи:

- половым путем
- при инъекциях нестерильными шприцами
- передача от матери к плоду. Сам вирус HBV крупный и через плаценту не проходит.
- через повреждения кожи и слизистых вирус HBV попадает с током крови в печень.

Течение болезни: Гепатит В характеризуется поражением печени и протекает в разных вариантах: от носительства до острой печёночной недостаточности, цирроза и рака печени.

Кровь инфицированного вирусом гепатита В становится заразной задолго до появления первых симптомов заболевания, и сохраняет эти свойства в той или иной степени на все время хронической инфекции.

Инкубационный период приблизительно 180 дней

Клиника:

Общие симптомы гепатита В: усталость и быстрая утомляемость, потеря аппетита, желтуха, тошнота, чувство дискомфорта в правом подреберье, потемнение цвета мочи и более светлый цвет кала, боли в суставах.

В начальной стадии гепатита В у больного возможно повышение температуры. Затем развивается пожелтение кожи и белков глаз.

Возможно несколько форм проявления гепатита В (субклиническая или безжелтушная, желтушная, холестатическая форма, затяжная форма).

- Субклиническая форма: течение легкое, при этом желтуха отсутствует, биохимические показатели изменены не особо значительно.

- Желтушная форма: проявляется характерной желтухой, интоксикацией, биохимические показатели уже изменены значительно.

- Холестатическая форма: при этой форме воспалительные изменения выражены умеренно, а признаки поражения функции желчевыделения доминируют в клинической картине.

Острый вирусный гепатит В у взрослых более чем в 80% случаев завершается выздоровлением. При этом тяжелые желтушные формы острого гепатита В, как правило, завершаются выздоровлением, тогда как легкие, протекающие без желтухи, чаще переходят в хронический гепатит. Если же ребенок был заражен во время родов, то вероятнее всего, что гепатит В у него перейдет в хроническую форму.

Лечение:

При выявлении у больного гепатита В, его помещают в инфекционное отделение (стационар). Больному назначается диетический стол №5.

Лечение гепатита В должно быть комплексным и зависеть от стадии и тяжести болезни.

Обязательными компонентами комплекса являются:

- Иммунопрепараты (интерферон-альфа). В настоящее время в мировой клинической практике для лечения вирусного гепатита В применяется пегилированный альфа-интерферон в виде препарата Пегасис. Он применяется в России для лечения вирусных гепатитов В и С. Курс лечения – 1 (один) год.

- Противовирусные средства (ламивудин, ацикловир, ганцикловир, фоскарнет, рестровир, рибовирин). Их эффективность при лечении доказана, но имеют существенный недостаток, обусловленный способностью вируса

гепатита В к мутации в организме человека и возобновлению размножения вируса вскоре после окончания лечения.

Повторное лечение вышеуказанными препаратами приводит к развитию резистентности и потере эффективности лечения

- Гормоны (Преднизолон),
- Гепатопротекторы (Гептрал, Фосфоглив)
- антибиотики.

Профилактика:

Профилактика гепатита В направлена на прерывание естественных и искусственных путей передачи.

С целью снижения передачи вируса гепатита В естественными путями, проводится работа с населением об опасности гепатита В, о способах передачи, а так же о санитарных нормах.

Так же проводят контроль доноров крови, а так же других органов и спермы. Кровь и другие донорские органы проводят тестирование на наличие вируса гепатита В.

С населением проводят противэпидемическую работу, которая основана на проведение обследовании контактных людей на маркеры гепатита В, находящихся в очагах инфекции.

Медицинские инструменты и аппаратура, используемые для диагностики и лечению подвергаются обязательному обеззараживанию.

Основным путем предотвращения развития эпидемического процесса вируса гепатита В у населения, является вакцинация. С этой целью созданы плазменные, генно-инженерные вакцины.

Разработана и продолжает изучаться тактика и стратегия вакцинопрофилактики. Вакцинации подлежат новорожденные, родившиеся от матерей, инфицированных вирусом гепатита В, пациенты с хроническими болезнями, требующими парентеральных вмешательств, переливаний крови и ее дериватов.

Во многих странах проводится вакцинация медицинских работников - хирургов, стоматологов, акушеров-гинекологов и др., деятельность которых связана с контактом с кровью и различными биосубстратами.

Кроме того, для профилактики используется специфический гипериммунный иммуноглобулин. Его введение в дозе 0,05 мл/кг массы тела показано не

позднее чем через 48 час. после вероятного заражения, а также новорожденным по определенным схемам в сочетании с вакциной

Характеристика гепатита С

Гепатит С или посттрансфузионный гепатит. Считается наиболее тяжелой формой вирусного гепатита.

Возбудитель: Вирус гепатита С (HCV) мелкий, содержит генетический материал в виде РНК, покрытый оболочкой. До открытия HCV в 1989 г. инфекцию называли "гепатит ни А, ни В".

Главная особенность вируса гепатита С – это его генетическая изменчивость, выраженная способность к мутациям. Известно 6 основных генотипов вируса гепатита С.

Однако, благодаря мутационной активности вируса, в организме человека могут присутствовать около четырех десятков подвидов HCV, правда, в рамках одного генотипа. Это один из важных факторов, определяющих персистенцию вируса и высокую частоту развития хронических форм гепатита С.

Иммунная система человека просто не в состоянии контролировать выработку нужных антител - пока вырабатываются антитела на одни вирусы – уже образуются их потомки с иными антигенными свойствами.

Механизм передачи: Чтобы заражение вирусом гепатита С осуществилось, необходимо чтобы материал, содержащий вирус (кровь инфицированного человека) попал в кровяное русло другого человека. Так вирусы с током крови заносятся в печень, где проникают внутрь клеток печени и начинают размножаться там.

Повреждение клеток печени может происходить как за счет деятельности самих вирусов, так и при иммунологической реакции – ответе организма, посылающего иммунные клетки-лимфоциты для уничтожения инфицированных клеток печени, содержащих чужеродный генетический материал.

Пути передачи:

Заражение вирусом происходит через кровь в результате медицинских манипуляций (инъекций) и переливания крови. Жертвой заболевания может стать любой человек. В настоящее время растет число больных среди молодых людей.

Течение болезни: Гепатит С может быть как в острой, так и в хронической форме. Острый гепатит С диагностируется очень редко и чаще случайно. После острого гепатита С возможно три последствия:

- у 20% зараженных выздоровление в течение 6-12 месяцев, маркеры отсутствуют.

- у 20% симптомы и лабораторные показатели заболевания отсутствуют, но маркеры в крови имеются, зараженный является носителем вируса. Даже при отсутствии лабораторных признаков поражения печени гепатит С может прогрессировать.

- у 60 – 70% зараженных острый гепатит переходит в хроническую форму и прогрессируют.

Переход острого гепатита С в хронический происходит постепенно и не зависит от степени проявлений острой фазы. В течение нескольких лет нарастает повреждение клеток печени, развивается фиброз. Функция печени при этом может долгое время сохраняться.

В том случае, если гепатит С сочетается с другими формами вирусного гепатита, то состояние больного может резко ухудшиться, течение гепатита с осложниться и привести к летальному исходу.

Инкубационный период от 2-х до 26-и недель.

Клиника:

В целом гепатит С - это бессимптомное заболевание, диагностируется чаще случайно, когда люди обследуются по поводу других заболеваний. Поэтому в своевременной диагностике важны анализы.

Основными симптомами вируса гепатита С являются: астения, слабость, утомляемость. Но эти симптомы не являются специфическими, по ним нельзя судить о наличии вируса гепатита С.

Возможно несколько форм проявления гепатита С:

- Поджелтушный период: слабость, снижение аппетита, дискомфорт в эпигостральной области и в правом подреберье, кожный зуд, боль в суставах, головная боль. У 20% больных поджелтушный период может отсутствовать.

- Желтушный период: слабость, анорексия, тошнота, головокружение, головная боль, рвота, размер печени увеличивается [1, 79].

Лечение:

Лечение вирусного гепатита С зависит от того, какая форма: острая или хроническая.

Лечение острого гепатита С независимо от формы:

- Ограничение физической нагрузки.
- Диета – стол № 5 или № 5а.
- Индукторы интерферонов и иммуномодуляторов – тилорон, циклоферон и др.
- Пегилированный интерферон – пегасис, длительное применение.
- При начальных признаках печёночной недостаточности – внутривенное введение глюкозоэлектродитных растворов; гемодез и его аналоги.
- При тяжёлом течении гепатита С – преднизолон 60-90 мг. В сутки в таблетках или 240-300 мг. В ампулах внутривенно; альбумин, плазма крови, аминокaproновая кислота, лактулоза, очень хорошо – плазмаферез.
- Глутоксим, Бифидумбактерин, лактобактерин.

Лечение хронического гепатита С:

- Пегилированный интерферон – пегасис, в течении одного года и более.
- Иммуностимуляторы: Тилорон, циклоферон.
- В течении 6-ти месяцев ежемесячный контроль лабораторных данных, особенно необходим развёрнутый анализ крови.
- Больной должен быть информирован о возможных случаях возникновения озноба, повышения температуры, болей в мышцах, анорексии, тиреоидита, облысения, анемии.

Профилактика:

Одной из важных задач профилактики вируса гепатита С является прерывание путей передачи от инфицированных людей к здоровым. Все эти предупредительные мероприятия такие же, как и при гепатите В.

Доноры, у которых обнаружен вирус гепатита С отстраняются от донорства пожизненно.

К сожалению, в отличие от вируса гепатита В, вакцины против вируса гепатита С не сегодняшний день не разработаны.

Характеристика гепатита D

Гепатит D или дельта-гепатит. Данный вирус гепатита отличается от предыдущих тем, что он не может возникать самостоятельно в организме человека, а только в том случае, если уже есть предшественник – вирус гепатита В. Это болезнь-спутник.

Когда два эти вируса существуют в организме, наступает тяжелая форма заболевания, которая называется суперинфекцией. Течение гепатита В осложняется, что может привести к летальному исходу течения болезни.

Возбудитель: дельта вируса.

Механизм передачи: такой же как у вируса гепатита В.

Пути передачи: Заражение этой инфекцией происходит аналогично гепатиту В – через флону, кровь и прочие жидкости организма.

Источниками инфекции являются больные острыми и хроническими формами инфекции, протекающими как в манифестной, так и в субклинической формах.

Все лица, инфицированные вирусом гепатита В, восприимчивы к гепатиту D. В группу риска входят больные гемофилией, наркоманы, гомосексуалисты.

Инкубационный период приблизительно 4-8 недель.

Клиника: Течение этой болезни напоминает течение гепатита В, но с тем отличием, что почти все осложнения вируса гепатита В присутствуют и протекают в более тяжелой форме. Ее еще называют суперинфекцией.

Заболевание протекает относительно доброкачественно и характеризуется коротким продромальным периодом с выраженной лихорадкой, не типичной для гепатита В, болями в правом подреберье, мигрирующими болями в крупных суставах и двухволновым течением желтушного периода.

Для желтушного периода характерны также: субфебрильная температура, сохраняющиеся боли в правом подреберье, уртикарные высыпания, гепатоспленомегалия.

Однако, одновременное острое течение двух инфекций (коинфекция) увеличивает риск развития тяжелой и фульминантной форм заболевания.

При прогрессировании болезни в одних случаях развивается фульминантный гепатит и летальным исходом, в других - хронический гепатит с выраженной активностью и нередко с быстро формирующимся циррозом печени.

Лечение:

Основным лечением является ежедневный прием от 6 до 10 млн. ед. интерферона-альфа в течение года и более. К сожалению, заметное улучшение биохимических показателей крови и улучшение гистологии гепатоцитов печени наблюдается только у 15-20% больных.

При сочетании инфекции HDV – HBV применяется пегилированный интерферон пегасис в течение одного года и более. Все сопутствующее

лекарственные средства (тиролон, ацикловир) принимаются по той же схеме, как и при гепатите В.

Профилактика:

Одной из важных задач профилактики вируса гепатита D является прерывание путей передачи от инфицированных людей к здоровым. Все эти предупредительные мероприятия такие же, как и при гепатите В.

Вакцина, которая разработана для вируса гепатита В, эффективна и для вируса гепатита D. На данный момент в разработке находится вакцина против гепатита D, которая будет защищать больных инфицированных вирусом гепатита В.

Распространённость парентеральных вирусных гепатитов в РС (Я)

Согласно данным популяционного регистра Республика Саха (Якутия), на декабрь 2015 на учете состоит 14821 человек больных хроническим вирусным гепатитом (без учета вирусоносителей гепатита В - 4019 человек), из них:

- хронический гепатит В – 6935 человек,
- хронический гепатит С – 5862 человек,
- хронический гепатит D – 906 человек
- хронический гепатит микст – 929 человек,
- хронический гепатит неуточненной этиологии – 189 человек.

Нами проанализированы статистические данные инфекционного отделения для больных вирусными гепатитами ЯГКБ по больным, перенесшим трансплантацию печени с 2011 по 2016 годы.

С 2013 в Якутске в условиях РБ№1-Национального центра медицины стала проводиться трансплантация печени от родственных доноров. По данным инфекционного отделения для лечения больных с вирусными гепатитами Якутской городской клинической больницы трансплантация печени проведена 33 пациентам, из них: в условиях ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 22 (67%) пациентам и в условиях РБ№1 – НЦМ – 11 (33%) пациентам

	2011г	2012г	2013г	2014г	2015г	2016г	
ФМБЦ (г. Москва)	2	4	8	2	3	3	22 (67%)
РБ№1- НЦМ (г. Якутск)	-	-	1	3	4	3	11 (33%)
Всего	2(6%)	4 (12%)	9 (27%)	5 (15%)	7 (21%)	6 (18%)	33 (100%)

Всего трансплантация печени от родственного донора проведена 33 пациентам:

городские жители составили 20 (61%) больных, сельские — 13 (39%).

азиатская раса — 30 (91%), европейская раса — 3 (9%)

возраст больных от 23 до 69 лет, средний возраст - 39 лет

подготовлено к трансплантации печени — 28 пациентов

после трансплантации печени умерло 2 (8%) пациентов

на конец 2016 года подготовлено 29 больных.

19 августа 2016 года в РБ№1 – НЦМ проведена первая трансплантация кадаверной (трупной) печени молодому человеку 31 года с терминальной стадией цирроза печени.

В настоящее время в Республике Саха (Якутия) в листке ожидания на пересадку печени находится 29 больных.

1.2. Подготовка пациентов и доноров к трансплантации печени.

Показаниями к трансплантации печени являются злокачественное новообразование или любые другие заболевания, приводящие к недостаточности органа.

После определения показаний для трансплантации печени, которые выявляются врачами-гепатологами и гастроэнтерологами, специалисты центра по трансплантологии проводят детальное обследование пациента для выявления возможных противопоказаний к проведению такой операции:

- присутствие внепеченочных очагов новообразований печени;

- активная ВИЧ-инфекция;
- внепеченочные очаги сепсиса;
- тяжелые патологии сердца и дыхательной системы, которые не поддаются коррекции выполнением одномоментной пересадки сердечно-легочного комплекса или сердца;
- прием алкоголя или наркотиков;
- неизлечимые инфекции в других органах и системах;
- неподдающиеся лечению раковые заболевания других органов;
- пороки развития, приводящие к сокращению продолжительности жизни;
- гепатоцеллюлярная карцинома с отдаленными метастазами;
- инсульты, инфаркты в анамнезе;
- поликистоз почек;
- хроническая почечная или сердечная недостаточность;
- болезни эндокринной системы: феохромоцитомы, тиреотоксический зоб, сахарный диабет, гипотиреоз, ожирение;
- наследственные или приобретенные патологии крови.

Относительными противопоказаниями для выполнения трансплантации печени являются следующие клинические случаи:

- выполненные ранее хирургические операции на органе;
- тромбоз брыжеечной, нижней полой или портальной вены;
- возраст больного старше 80-ти.

Иногда поводом для отказа от проведения трансплантации печени становится недопонимание пациента и его близких следующих фактов:

- риск и сложность предстоящего вмешательства и последующего динамического лечения;
- необходимость пожизненного приема препаратов-иммуносупрессоров.

Донором печени может стать живой желовек (желательно — близкий родственник больного) или умерший со здоровым, своевременно изъятим органом.

Донорская печень может изыматься:

- От умершего человека с совершенно здоровым органом, изъятим не позже 15 часов от зафиксированного момента смерти головного мозга покойного. Разрешение на пересадку органа должно быть оставлено

донором еще при жизни или дано его близкими родственниками в первые часы после его смерти.

- От живого человека. Для трансплантации у донора удаляют только часть печени. Вмешательство проводится при согласии на операцию самого донора или его опекунов.

Наиболее выгодным решением при планировании пересадки печени является забор тканей органа у родственника пациента. Такое разрешение проблемы имеет ряд весомых преимуществ:

- возможность получения органа хорошего качества и уменьшение периода холодовой ишемии для печени донора;
- отсутствие необходимости поиска органа и ожидания своей очереди по Листу ожидания на орган от трупа;
- более быстрый процесс подготовки органа для трансплантации;
- урегулирование возможных мешающих операции религиозных убеждений, которые не позволяют использовать органы от умершего человека;
- лучшая приживляемость органа;
- после операции пациент может принимать меньшее количество иммуносупрессоров;
- более доступная стоимость лечения.

Требования, которые должны соблюдаться при трансплантации печени от родственника, таковы:

- родственник до 4-го колена включительно;
- донору должно исполниться 18 лет;
- отсутствие противопоказаний к операции;
- группы крови, Rh-фактор и тканевая принадлежность у донора и реципиента должны быть одинаковыми.

Если трансплантация печени выполняется ребенку, то у донора обычно забирают только одну половину левой доли органа. Кроме этого, российскими специалистами была разработана методика, при которой выполняется пересадка правой доли. В таких случаях донору предстоит менее травматичная операция и состояние его здоровья не ухудшается. Кроме этого, правая доля имеет большие размеры и легче приживается в теле больного.

Следует отметить, что при заборе печени у живого донора изымается только часть органа. Такая процедура является безопасной и через некоторое время печень у него восстанавливается (ее объем достигает 85 % от прежнего).

У такого метода изъятия части печени у живого донора-родственника есть и ряд негативных сторон:

- возможность развития осложнений у донора;
- необходимость точно «подогнать» пересаживаемую часть печени под организм реципиента;
- более вероятное развитие рецидива заболевания после пересадки печени.

По данным японских специалистов в этой области трансплантационной хирургии осложнения у доноров при таких операциях возникают примерно в 12 % случаев. Чаще у них развиваются такие последствия, как послеоперационные грыжи, истечение желчи и тромбоз воротной вены. Примерно через год после изъятия части печени доноры могут возвращаться к обычному для них образу жизни.

Какое обследование должен пройти предполагаемый реципиент

Перед предстоящей трансплантацией печени пациент должен пройти следующие исследования и процедуры:

- антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность живота и пр.);
- биохимический анализ крови;
- анализ на группу крови и Rh-фактор;
- коагулограмма;
- исследования крови на ВИЧ, HCV-Ab, сифилис, HBsAg IgG и HBsAg IgM, HBs-Ag, HBe-Ag, HBe-Ag;
- анализ крови на ПЦР (при выявлении заболеваний HCV или HBV природы);
- бактериологические посевы отделяемого из носа и зева, мокроты, мочи, кала и выделений из влагалища;

- исследование функции внешнего дыхания;
- рентген грудной клетки;
- проба Манту;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- ЭКГ (при необходимости дополняется Эхо-КГ);
- УЗИ органов брюшной полости с обязательным доплерографическим исследованием сосудов печени и почек;
- колоноскопия (ирригоскопия);
- радиоизотопное исследование почек;
- статическая и динамическая сцинтиграфия почек;
- HLA (тканевое типирование);
- анализы крови на онкомаркеры: РЭА, АФП, Са-19-9;
- прямая или непрямая холангиография;
- МРТ холангиография (при необходимости);
- КТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастом (при подозрении на опухолевые процессы);
- пункционная биопсия печени (при необходимости);
- анализ асцитической жидкости (при проведении лапароцентеза);
- диагностика ферментопатий, аутоиммунных заболеваний и другие специфические анализы в зависимости от клинического случая;
- консультация стоматолога;
- консультация анестезиолога;
- консилиум врачей трансплантационного центра, составляющих окончательное заключение, и определяющих очередность больного в Листе ожидания.

Какая работа проводится с пациентом перед операцией

При выявлении показаний и исключении противопоказаний к трансплантации печени с внесенными в Лист ожидания пациентами проводится следующая работа:

- Определение и коррекция питательного статуса.
- Постоянное динамическое наблюдение за варикозно расширенными венами пищевода и их эндоскопическое лигирование (по мере необходимости).
- Проведение вакцинации больных от гепатита В, у которых не выявлены маркеры HBV-инфекции.
- Лечение паренхиматозной желтухи, асцита и энцефалопатии.
- Декомпрессия и санация желчевыводящих путей при опухоли Клатскина или вторичном склерозирующем холангите.

- Вирусологическая диагностика (при необходимости назначается проведение курса противовирусной терапии).
- Радиочастотная термодеструкция, трансартериальная химиоэмболизация или чрескожная алкоголизация опухолевых очагов гепатоцеллюлярного рака.
- Динамическое наблюдение и коррекция Класса неотложности в Листе ожидания.
- Выявление возникающих в процессе подготовки противопоказаний к операции.
- Психотерапевтическая подготовка больного к предстоящей трансплантации.

Для оценки пригодности печени для пересадки донору и пациенту проводятся следующие исследования:

- анализы крови на группу и Rh-фактор;
- тканевое типирование для оценки гистосовместимости (исследование отрезков 6-й пары хромосом HLA-антигена донора и реципиента).

II глава. Особенности сестринского ухода за больными с хроническими вирусными гепатитами в стадии цирроза печени

2.1. Характеристика инфекционного отделения для больных с вирусными гепатитами ЯГКБ.

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Саха (Якутия) является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением. Больница работает в системе ОМС соответственно территориальной программы обязательного медицинского страхования и является ЛПУ, которое оказывает квалифицированную стационарную помощь.

Отделение вирусных гепатитов на 50 коек располагается на втором этаже инфекционного корпуса, занимает 2/3 второго этажа.

Отделение условно разделяется на 2 половины: I отделение – для больных с острыми формами гепатитов, диагностических и тяжелых больных, требующих постоянного наблюдения - из 14 палат на 2 койки. II отделение – для больных с хроническими формами гепатитов – из 10 палат по 2-3 койки. Кроме того, в отделении имеется: приемная, процедурная, пост медицинской сестры, ординаторская, кабинеты заведующей отделением, старшей мед. сестры, сестры-хозяйки, раздевалка для больных, мед. персонала и врачей,

раздаточная, комната персонала. На втором этаже находятся рентген-кабинеты, кабинет УЗИ.

**Кадры среднего и младшего медицинского персонала
Гепатитного отделения.**

№			Движение медицинского персонала			
			На начало года	принято	уволено	На конец 2016г.
1	Средний медицинский персонал	По штатному расписанию	13,5	-	-	13,5
		Физических лиц	11	2	-	13
		% занятости	81%	14%	-	96%
2	Младший медицинский персонал	По штатному расписанию	13	-	-	13
		Физических лиц	11	1	2	10
		% занятости	84%	7%	14%	76%

Укомплектованность средним персоналом 96% - 13 медицинских сестер.

2.2. Сестринский уход за больными вирусными гепатитами в стадии цирроза печени

Объектом деятельности медицинской сестры является пациент.

Медсестра для больного должна создать такую благоприятную обстановку окружающего, которая будет благотворно воздействовать на жизнедеятельность и здоровье человека.

Согласно Международному совету медицинских сестер, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта:

- содействие укреплению здоровья,
- профилактика заболеваний,
- восстановление здоровья,
- облегчение страданий.

Обязательные умения и навыки медицинской сестры:

- навыки профессионального общения и обучения пациентов,

- навыки выполнения сестринских манипуляций.

Общие действия медсестры в стационаре:

- Осуществление общего ухода за больным:

- смена нательного и постельного белья, кормление пациента соответственно назначенной диеты;

- выполнение всех назначения врача;

- подготовка больного к диагностическим исследованиям.

- контроль над регулярностью приема медикаментов, а так же соблюдением пациентом режима дня, отдыха, питания

Работа медицинской сестры основана на проведении сестринского процесса, на рабочем месте.

Цель сестринской деятельности – предупредить, облегчить, уменьшить или свети к минимуму те проблемы, которые возникли у пациента.

Особо опасные и карантинные инфекции вызывают у больных потребность в посторонней помощи.

Т.к. больных с данной группой заболеваний сразу госпитализируют, то сестринская деятельность является очень важным фактором выздоровления больного.

В качестве ухода за больным при особо опасных и карантинных инфекций в сестринскую деятельность входит проведение ряда манипуляций:

1) контроль над пульсом – при помощи часов и секундомера, температурного листа, ручки, бумаги;

2) измерение артериального давления – при использовании тонометра, фонендоскопа, ручки, бумаги, температурного листа, салфетки со спиртом;

3) проведение оксигенотерапии – при использовании стерильного катетера, увлажнителя, дистиллированной воды, источника кислорода с расходомером, стерильного глицерина, лейкопластыря;

4) проведение внутримышечных инъекций – при использовании одноразовых шприцов с иглой, дополнительной одноразовой иглы, стерильного лотка, лотка для использованного материала, стерильного пинцета, 70оС спирта, стерильной ваты, пинцета (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчаток, ампулы с лекарственным средством;

5) проводить внутривенные вливания – при использовании одноразового шприца с иглой, дополнительной одноразовой иглы, стерильного лотка, лотка для использованного материала, стерильного пинцета, 70оС спирта, стерильной ваты, пинцета (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчаток, ампулы с лекарственным средством, жгута, клеенчатой подушечки, бинта

Для каждого заболевания имеются свои особенности ухода, о которых медицинская сестра должна быть проинформирована и подготовлена. Она должна иметь план ухода, в зависимости от поражающей инфекции больного, а так же в зависимости от тяжести течения заболевания больного.

Сестринская деятельность по уходу за больными с особо опасными и карантинными инфекциями основана на выполнении зависимых и независимых вмешательств:

Независимые вмешательства:

- кормление пациента;
- туалет больного (умывание, причесывание, обработка кожи и слизистых, подмывание);
- замена постельного и нательного белья, переворачивание пациента;
- контроль пульса, АД, температуры, дыхания (при ухудшении состояния пациента необходимо срочно позвать врача);
- обеспечение инфекционной безопасности пациента (дезинфекция предметов ухода, рук персонала).

Зависимые вмешательства:

- введение лечебной сыворотки по методу Безредко, дробно;
- обеспечение правильного и регулярного приема лекарственных препаратов;
- взятие крови, кала, мочи, рвотных масс для лабораторного исследования.

Возможны случаи, при обследовании, у медсестры с пациентом могут возникать проблемы:

- когда больной в бессознательном состоянии
- когда у пациента негативное отношение к беседе
- когда у пациента существует чувство недоверия к медсестре

- когда пациент настроен агрессивно-возбужденно
- когда у пациента наблюдается снижение слуха или его отсутствие
- когда у пациента нарушена речь.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Медицинская сестра после ознакомления за состоянием больного должна составить план ухода за больным (с учетом течения заболевания), который должен способствовать достижению поставленной цели. Затем данный план необходимо реализовать, т.е. наблюдать за пульсом и дыханием, следить за сменой постельного белья, контролировать лечение назначенное врачом, вести с больным успокаивающие беседы. Конечным этапом сестринской деятельности является оценка и анализ сестринского ухода за больным, и итог этого ухода.

Сестринский процесс при гепатите включает в себя несколько этапов:

1 этап: проведение субъективного и объективного обследования по общей схеме, изложенной в методическом пособии «Методика сестринского обследования». При обследовании выявляются изменения, изложенные в лекции. В заключение 1 этапа необходимо определить потребности, которые у пациента нарушены

2 этап: определение проблем пациента и сестринских диагнозов. Необходимо помнить, что проблемы могут быть настоящие и потенциальные, но каждая из них может быть первичной, промежуточной и вторичной.

Физиологические проблемы пациента представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Возможные физиологические проблемы пациенты при вирусном гепатите

Проблема	Сестринский диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Снижение аппетита, извращения аппетита • Тошнота, рвота 	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение аппетита из-за интоксикации при раке желудка • Тошнота, рвота из-за нарушения двигательной функции

	<p>желудочно-кишечного тракта и рака желудка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарушение сна
	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение сна из-за наличия болевого синдрома и интоксикации • Снижение трудоспособности, быстрая утомляемость
	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение трудоспособности, быстрая утомляемость из-за интоксикации при раке желудка • Боль в животе • Боль в животе из-за раздражения болевых рецепторов при раке желудка • Ограничение самоухода
	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение самоухода из-за интенсивного болевого синдрома, интоксикации и диспепсических симптомов
<ul style="list-style-type: none"> • Желудочное кровотечение 	<ul style="list-style-type: none"> • Желудочное кровотечение из повреждённых сосудов вследствие прорастания опухоли и её распада
<ul style="list-style-type: none"> • Понос • Отрыжка воздухом • Вздутие живота • Понос из-за снижения секреторной функции желудочной секреции 	

<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка 1 (2,3) период • Лихорадка 1 (2,3) период из-за рака желудка • Отёки • Отёки из-за уменьшения белка в крови 	
--	--

Возможные психологические проблемы пациента:

- Дефицит знаний о собственном заболевании, причинах и исходах, прогнозе, требованиях к рекомендуемой диете, об изменениях образа жизни, особенностях приёма лекарственных препаратов, правилах подготовки к лабораторным и инструментальным исследованиям
- Дефицит умений по вопросам самоконтроля, само- и взаимопомощи при неотложных состояниях и по уходу
- Чувство тревоги по поводу прогноза заболевания из-за изменения образа жизни

Удовлетворить проблемы пациента по ликвидации дефицита знаний медицинская сестра может, применяя рекомендации, изложенные в разделах «Основы общения и педагогики в сестринском деле»

Возможные проблемы безопасности пациента:

- Риск падения и травматизации (обморок; нарушение равновесия и головокружение при коллапсе)
- Риск ожогов
- Риск внесения инфекции
- Риск побочного действия лекарственного препарата (например, антибиотиков)

3 этап: это определение:

1) Цели краткосрочной и долгосрочной (с указанием условий, сроков, критериев)

2) Задач с определением:

А) тактики в отношении врача,

- Б) оказания помощи пациенту для облегчения его самочувствия,
- В) наблюдения за функциональным состоянием,
- Г) мероприятий по профилактике возможных осложнений

3) Плана сестринских вмешательств:

- А) определить тип сестринских вмешательств (независимые, взаимозависимые, зависимые)
- Б) обсудить с пациентом план ухода
- В) ознакомить других участников сестринского процесса с планом сестринского ухода

Необходимо помнить, что каждая проблема решается отдельно.

4 этап: реализация плана сестринских вмешательств с использованием известных стандартов манипуляций, процедур и ухода.

5 этап: оценка эффективности сестринских вмешательств на уровнях

- Пациента (степень удовлетворения его потребностей)
- Медсестры (выполнение поставленных задач, целей, соответствие вмешательств стандартам)
- Старшей медсестрой.

3.3. Сестринский уход за больными вирусным гепатитом

Общие действия медсестры в стационаре, при уходе за больным с вирусным гепатитом:

- Осуществление общего ухода за больным:
смена нательного и постельного белья, кормление пациента соответственно назначенной диете, проветривание палаты;
- Выполнение всех назначений врача;
- Подготовка больного к диагностическим исследованиям.
- Контроль над регулярностью приема медикаментов, а так же соблюдением пациентом режима дня, отдыха, питания.
- Ежедневная уборка помещения с раствором хлора, чтобы предотвратить распространение вредных микроорганизмов, которые провоцируют развитие заболевания.

- Необходимо ограничить контакт больного с другими пациентами. Медики рекомендуют предоставить больному отдельную палату на 45 дней. В течение этого времени специалисты наблюдают за состоянием пациента, проводят анализ мочи, кала и крови

При уходе за больными с вирусным гепатитом, необходимо обязательное проведение мер дезинфекции.

Объекты и средства дезинфекции представлены в таблице 2.

Таблица 2

Объекты и средства дезинфекции при вирусном гепатите

Объект дезинфекции	Средства дезинфекции и режим дезинфекции	Примечание
выделения, остатки пищи	залить 5% раствором осветлённой хлорной известью на 1 час	если выделения сухие лучше залить хлорной известью, молоком или вначале смочить водой, а затем засыпать сухой хлорной известью
судна, горшки	5% раствор хлорной извести на 1 час	замачивать при полном погружении, затем промыть водой
посуда	1% раствор хлористой извести на 1 час	расход - 2 литра на 1 комплект посуды
бельё	без загрязнения - загружают в клеёнчатые мешки и отправляют в дезкамеру. При загрязнении - замачивают в 1% растворе хлорамина 1 час, расход: 4 л на 1 кг сухого белья	при вирусном гепатите камерной обработке подвергаются постели все палаты

Сестринский уход за больным вирусным гепатитом включает:

- постановку капельниц с лекарственными препаратами;
- проведение инъекций;
- забор кала и мочи для проведения лабораторного анализа;

- проведение общего анализа крови;
- контроль за диетой больного;
- предоставление лекарственных препаратов в соответствии с планом лечения.

Благодаря грамотному сестринскому уходу больной вирусным гепатитом пойдет на поправку и легче перенесет весь курс лечения.

Клинический пример:

Пациент И, 31 год.

Масса тела 83 рост 176

Перенесенные заболевания: хронический халесестит. Травма ТБС в детстве, в 1993=1996г со слов лечился стационарно по поводу обострения от хрон геп В.

Находился на стационарном лечении с 15.05.2016 г. по 16.08.20016 г.

Диагноз клинический:

а) Основное заболевание:

Хронический вирусный гепатит В+Д, в стадии цирроза печени класс С по Чайлд Пью (13 баллов) в фазе репликации ПЦРДНКВГВ(+), низкая виремия, РНКВГД(+), высокая виремия.

б) Сопутствующие заболевания: Эрозивный гастрит, Язва луковицы ДП, субакт ст.

в) Осложнения: Портальная гипертензия, ВРВП 1ст. Асцит 3-2 стадии, Анасарка. Печеночная энцефалопатия 0-1ст, Спленомегалия, Вторичная цитопения. Состояние после операции геморроидэктомии от 24.05.2016.

Повторное кровотечение из варикозно расширенных геморроидальных узлов, Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Состояние при поступление тяжелое. Жалобы на момент осмотра: Слабость Из анамнеза: Хронический вирусный гепатит В выявлен в детстве в 1989 г. (в возрасте 4х лет), со слов в течении 4х лет лечился в стационаре по поводу обострения хронического гепатита. В последующем не обследовался, на «Д» учете у инфекциониста не состоял.

Первое ухудшения самочувствия отмечает с января 2016 г, когда появились отеки на ногах, нарастание объёма живота, снижение диуреза, был направлен на госпитализацию в гепатитное отделение ЯГКБ. При обследовании впервые выявлен цирроз печени в исходе хронического гепатита В,Д с признаками портальной гипертензии (асцит, ВРВП 1 ст) вторичной цитопении.

Повторная госпитализация в гепатитное отделение с 04.05 по 23.05.2016г. с признаками портальной гипертензии и впервые возникшим кровотечением из геморроидальных узлов с развитием тяжелой постгеморрагической анемией. Получал гемостатическую, заместительную терапию, выписался домой с улучшением состояния

Третья госпитализация в гепатитное отделение с 4.05 по 23.05.2016 г с признаками декомпенсации цирроза, нарастание асцита, периферических отеков с признаками кровотечения из геморрагических узлов больной был переведен оперативное лечение в проктологическое отделение, где с 24.05. 2016 была проведена операция геморроидэктомия.

25.05.16 г. переведен обратно в гепатитное отделение. В отделение состояние тяжелое, повторное кровотечение из геморроидальных узлов, проводится гемостатическая гемотрансфузионная терапия, гепатопротекторы, заместительная белковая терапия, эффекта от симптоматической терапии нет, проведена была беседа с родственниками о бесперспективности патогенетической терапии рекомендована ортотопическая трансплантация печени от родственного донора но потенциального родственного донора нет.

Проведенные обследования:

ОАК от 15.08.16 г: Le5,32, Эр- 1.62, Нб-57, Нт 16,3 Тр-113, СОЭ 13мм/ч, анизоцитоз выраженный в сторону макроцитов, пойкилоцитоз выраженный, б/х от 15.08.16: альб: 27.70, ЩФ 91.0, АЛТ 28.8, АСТ 43.8, альфа амилаза 26.8, билирубин общ 43.0 билир пр 25.2, креатинин 92, глюкоза 4.7, ОБ 61.1, мочевины 5.50, КОС натрий 125.1, К 4.44.

ОАМ от 15.08.16г Уд вес 1010, Белок отр,

RW от 26.05.16 г – отрицательно

ВИЧ от 26.05.16 – отрицательно

Кал на я/г от 26.05.16 – отр

Онкомаркеры от 05.07.16 г АФП 4.5 МЕ/мл; РЭА 4.6 нг/мл

ИФА на ВГ 26.05.16 г, Hbs Ag – положительно,

ФГДС 05.07.16 г ВРВП 1ст. Рефлекс Эзофагит. Эрозивный гастрит, Язва луковицы ДПК

УЗИ ОБП 4.02.16 г. Диффузные изменения паренхимы печени. Уплотнение стенки ЖП Спленомегалия Асцит УЗИОБП от 05.07.16 Уплотнение ЧЛС обеих почек,. Асцит

Сестринский процесс.

Жалобы пациента: Слабость, отеки на ногах, нахождение живота, снижения диуреза, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, желтуху, кожный зуд, который не дает заснуть ночью, выделение насыщенно желтая мочи, кровотечение из геморроидальных узлов. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура тела 36,7°C, кожные покровы и видимые слизистые желтушны, на коже следы расчесов. Пульс 80 в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 135/85 мм рт. ст., ЧДД 18 в минуту, постгеморрагическая анемия, Живот мягкий, печень болезненна, выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул со слов 1-2 раз, мочеиспускание – 2 раза в сутки.

1. Нарушено удовлетворение потребностей: есть, выделять, спать, быть здоровым, избегать опасности. **Проблемы настоящие:** желтуха, кожный зуд, кровотечение из геморроидальных узлов, постгеморрагическая анемия, нарушение целостности кожных покровов (расчесы), тошнота, избыточная масса тела. **Потенциальные проблемы:** риск развития печеночной комы. **Приоритетная проблема:** кожный зуд, слабость, кровотечение из геморроидальных узлов, постгеморрагическая анемия.

2. Цель краткосрочная: пациент отметит уменьшение зуда через 3 дня. **Цель долгосрочная:** зуд исчезнет к моменту выписки, выпишется домой с улучшением состояния.

Сестринские вмешательства	Мотивация
1. Обеспечить питанием в соответствии с назначенной диетой	Уменьшение нагрузки на печень и желчные пути
2. Обеспечить гигиену кожи (обтирание, душ), протирать кожу раствором антисептика	Уменьшение зуда, профилактика инфицирования
3. Объяснить сущность заболевания, современные методы диагностики, лечения, профилактики	Для эффективного лечения
4. Следить за кратностью стула	Не допустить задержки стула Для своевременного
5. Наблюдать за внешним видом и общим состоянием пациента (пульс, ЧДД, АД)	распознавания и оказания помощи в случае возникновения осложнений

- | | |
|---|---|
| 6. Четко и своевременно выполнять врачебные назначения | Для эффективного лечения |
| 7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жареных, копченых блюд | Для активного участия в лечении |
| 9. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям | Для правильного выполнения исследований |
| 10. гемостатическая терапия | Для прекращения кровотечения |

Оценка эффективности сестринских вмешательств: к 3-му дню лечения пациентка отметила исчезновение зуда. Прекращение кровотечения. Цель достигнута.

Учитывая бесперспективность консервативной терапии и отсутствие родственного донора, направлен на оперативное лечение- пересадку кадаверной печени в условиях РБ№1-НЦМ.

В данное время, операция прошла успешно, пациент в стабильном состоянии, применяет иммуносупрессивные препараты.

2.4. Этические проблемы трансплантации печени

Актуальность изучения этических проблем трансплантации печени обусловлена отношением общества к родственному и трупному донорству органов и возможности продлить жизнь обреченных больных.

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки.

Для изучения основных этических проблем трансплантации печени я провела анонимное анкетирование среди населения города Якутска и проанализировала по данному анкетированию основные этические проблемы трансплантации печени.

Гипотеза: этические проблемы трансплантологии существенно различаются в зависимости от того, идет ли речь о заборе органов для пересадки печени у

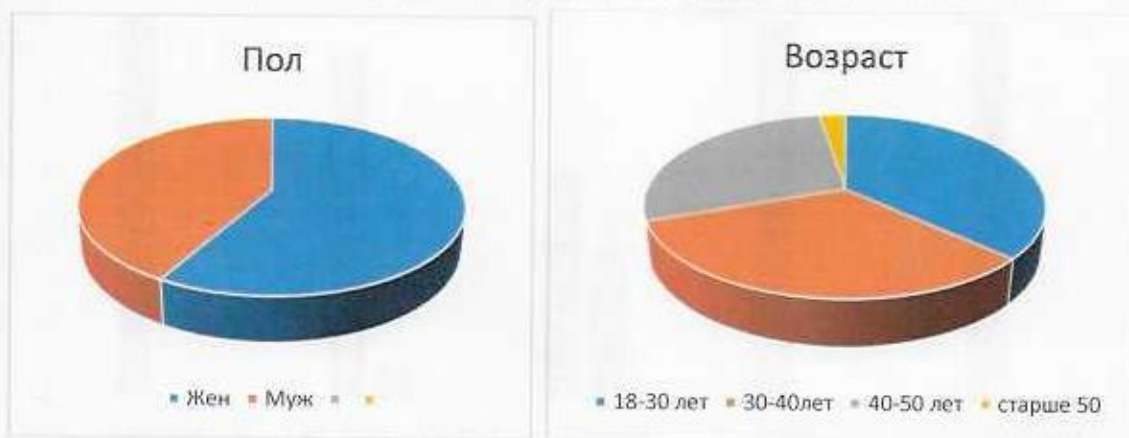
живого человека или из тела умершего, неготовность общества к фиксации решения гражданина о посмертном донорстве.

Объект исследования: студенты ЯМК, преподаватели СПО г. Якутска, представители традиционных конфессий: христианства, ислама, католической церкви, по 10 человек с каждой социальной группы, медицинская документация (отчеты по трансплантации печени по данным инфекционного отделения для больных вирусными гепатитами ЯГКБ), нормативно-правовая документация: Закон РФ от 22.12.1992 №4180-1 (ред. от 23.05.2016) «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Практические наблюдения

на анкеты добровольно ответили 60 жителей г. Якутска.

58 % женщины, 42 % мужчины, средний возраст составил - 30-40 лет



1. Знаете ли вы о проблеме вирусных гепатитов в Якутии?

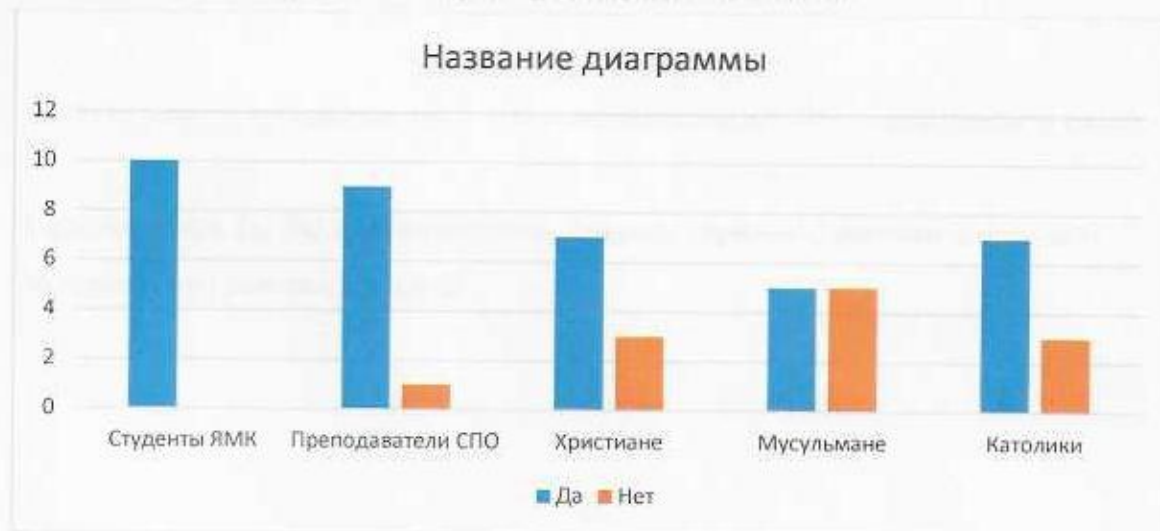


Рис. 3.

76 % ответили, что знают о проблеме, 24 % не слышали об этой проблеме

2. Как вы относитесь к трансплантации печени обреченным больным?

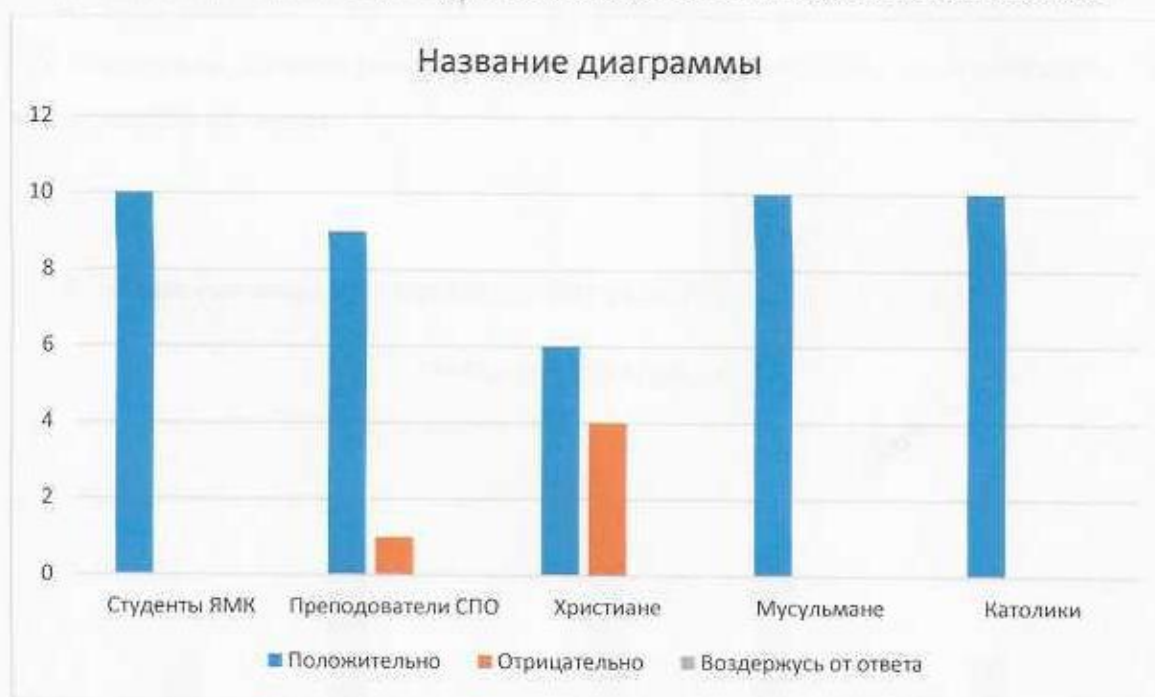


Рис 4.

90% ответили: положительно, 10% - отрицательно, 0% - воздержались от ответа.

3. Согласились бы Вы стать донором близким (прямым) родным и дальним (двоюродным) родственникам?

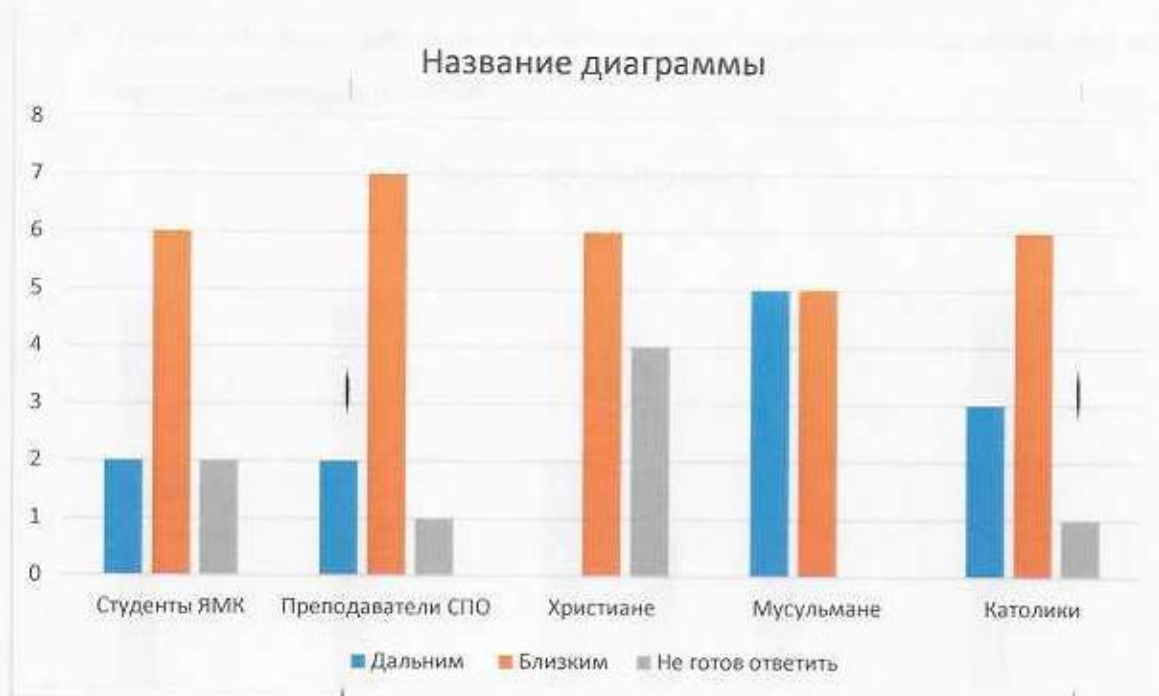


Рис. 5

22 % ответили дальним родственникам, 60 % только прямым родственникам, 18 % воздержались от ответа

4. Ваше отношение к трупному донорству?

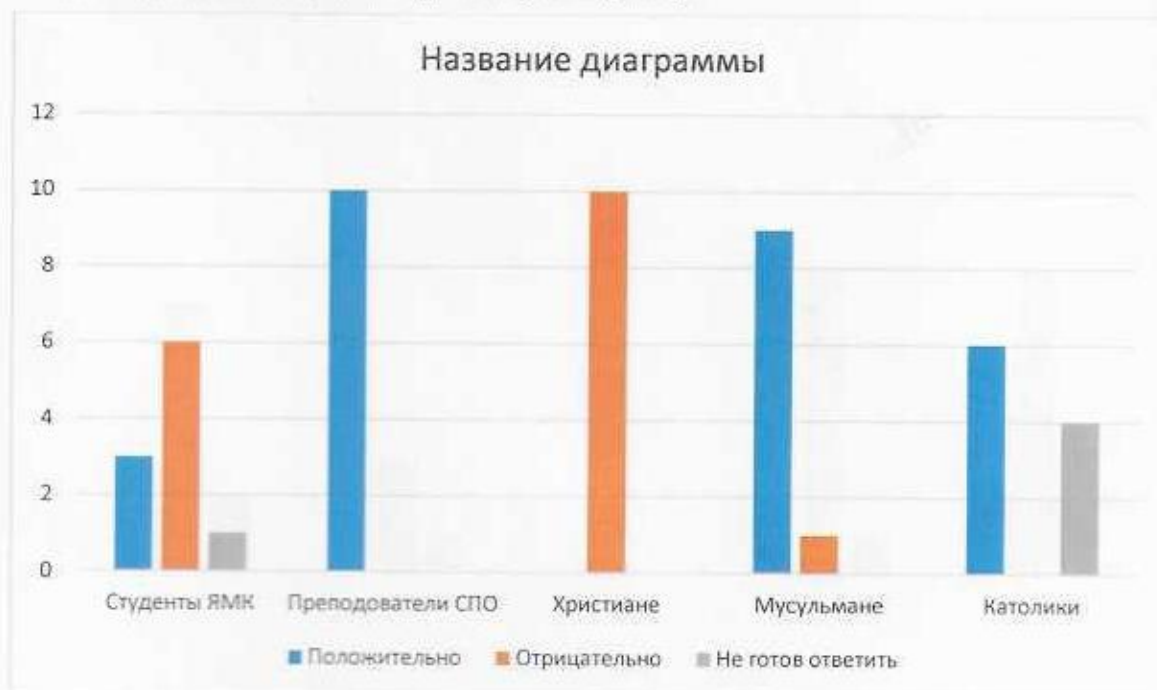


Рис. 6

64 % - положительно, 26 % - отрицательно, 10 % - не готов ответить

5. *Нужно ли брать согласие у родственников умершего на изъятие органов для трансплантации печени?*

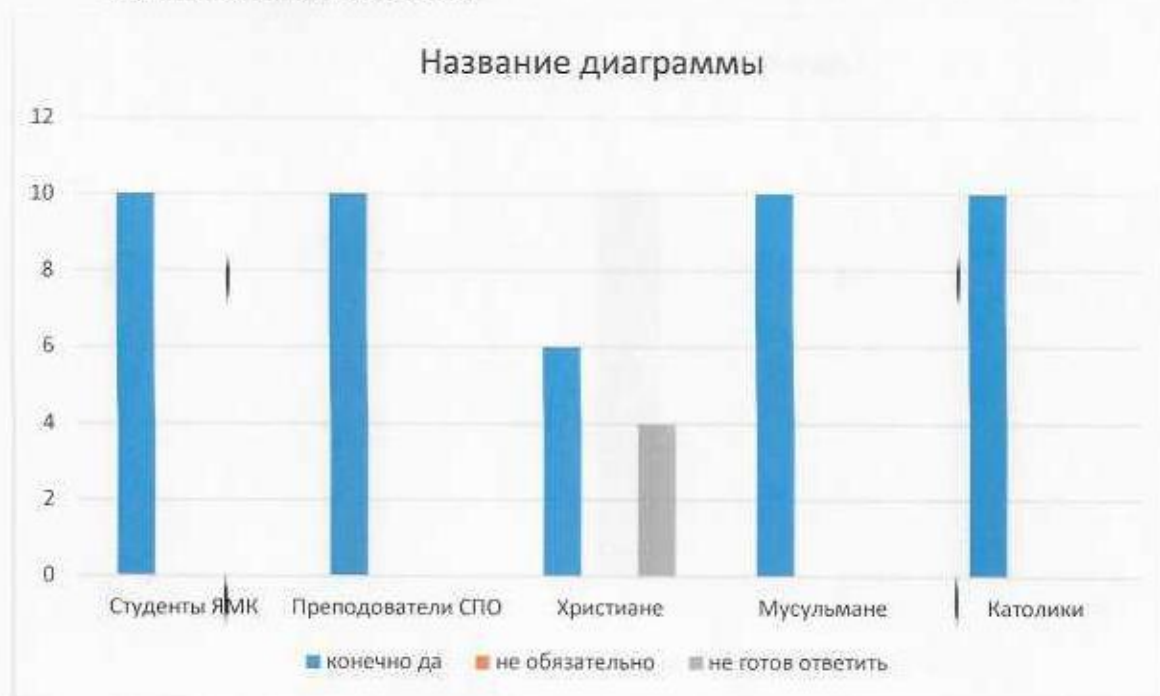


Рис. 7

92 % - конечно да, 0 % - не обязательно, 8 % - не готов ответить

6. *Согласились бы Вы на фиксацию решения о посмертном донорстве с внесением в документы: паспорт, водительские права и др. документы?*

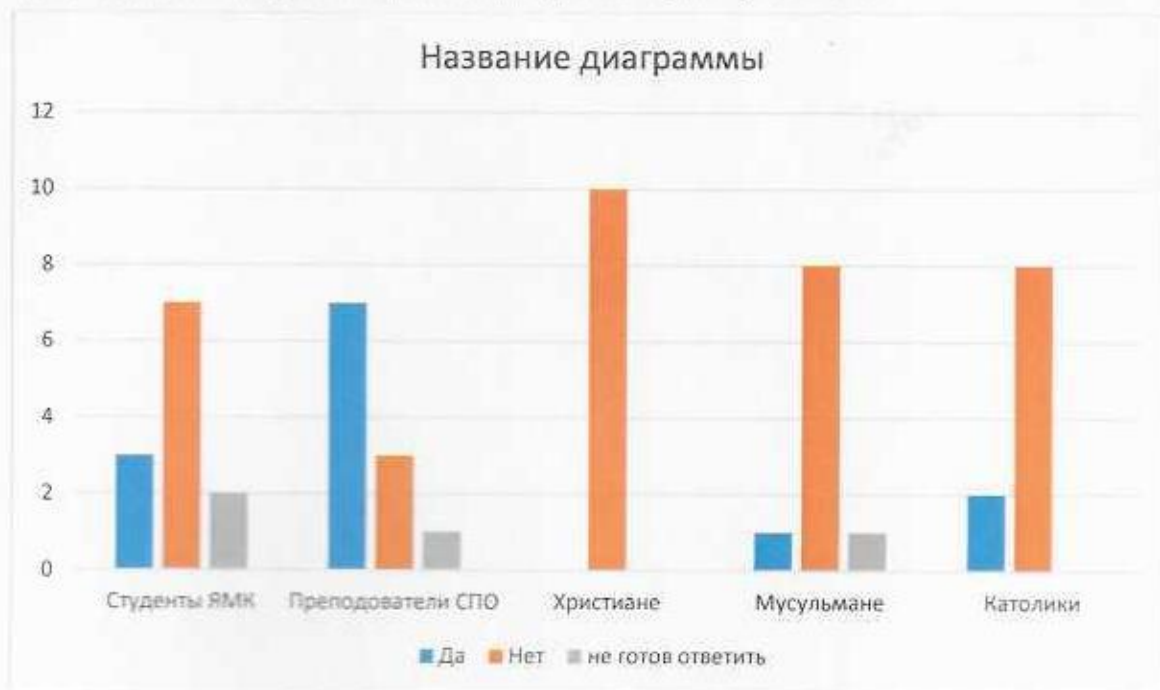


Рис. 8

24 % - да, 44% - против, 12 % - не готов к ответу

8. *Отношение к «презумпции согласия» у представителей традиционных конфессий: православного христианства, ислама, католической церкви*

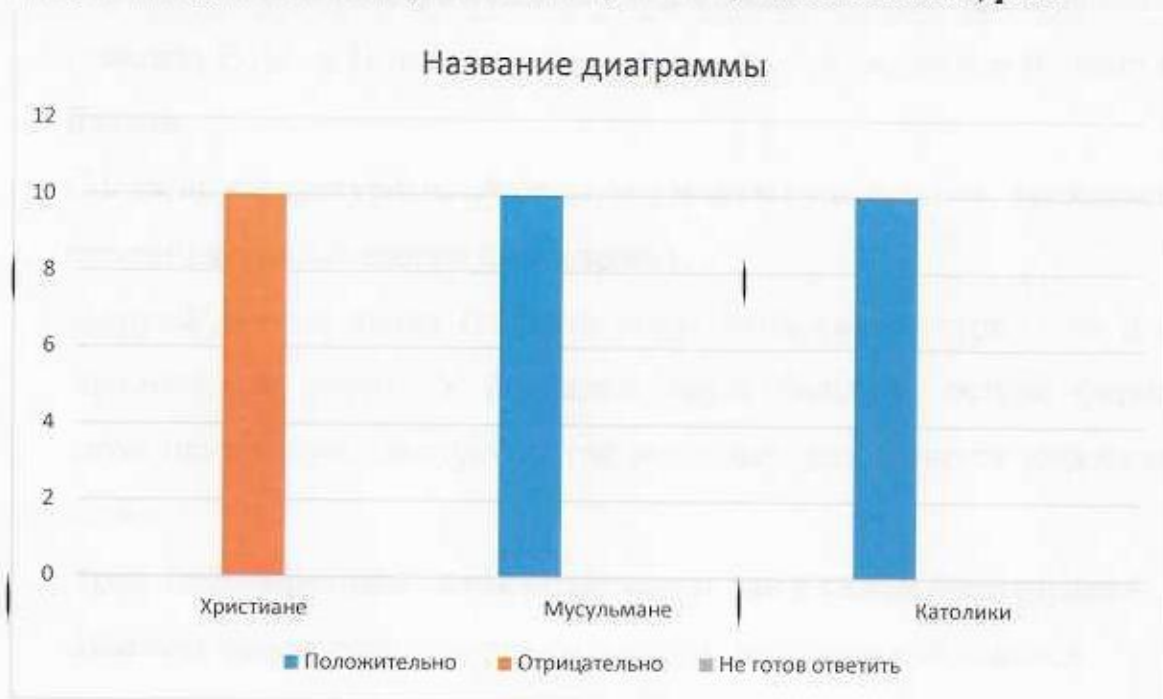


Рис. 10

положительно – ответили мусульмане и католики, отрицательно – все христиане

Выводы:

1. Согласно статистическим данным, мы можем наблюдать, что вирусы гепатита В, С и D поглощают здоровье человечества все больше и больше.

Согласно литературным обзорам, мы можем судить о том, насколько опасна данная патология для человека.

Вирусы данных видов гепатита могут быть как в острой, так и в хронической форме. У большего числа больных, острая форма переходит в хроническую. А так же может осложняться циррозом печени.

Трансплантация печени как родственная так и кадаверная (трупная) является высокотехнологичным методом медицинской помощи пациентам с вирусными гепатитами в стадии цирроза печени, продлевающей жизнь и изменяющей качество жизни обреченных больных.

2. С 2013 в Якутске в условиях РБ№1-Национального центра медицины стала проводиться трансплантация печени от родственных доноров. По данным инфекционного отделения для лечения больных с вирусными гепатитами Якутской городской клинической больницы трансплантация печени проведена 33 пациентам, из них: в условиях ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 22 (67%) пациентам и в условиях РБ№1 – НЦМ – 11 (33%) пациентам; средний возраст больных, нуждающихся в трансплантации печени составил 39 лет; после трансплантации печени умерло 2 (8%) пациентов.
3. На фоне изученного нами материала, мы можем сделать вывод, что сестринская деятельность играет важную роль в выздоровлении больного вирусным гепатитом и распространения данной инфекции. Ведь медицинская сестра является связывающим звеном между врачом и пациентом.

На современном уровне развития медицины, средний медицинский персонал должен не только обладать практическими навыками, но так же и иметь теоретические знания в основных общепатологических процессах, а так же иметь представления о частных случаях этиологии, патогенеза и исхода, различных заболеваниях.

При наблюдении и уходе за больными медсестра должна с полным вниманием относиться ко всем его жалобам. А так же оценивать вид и выражение его лица, поведение, особенности дыхания, проверять пульс, следить за правильностью и удобством положения больного на койке, за состоянием повязки (при ее наличии), за чистотой нательного и постельного белья, кожи и полости рта больного.

Обо всех тревожных изменениях в состоянии больного и о его неотложных просьбах, вызывающих у медсестры сомнение, нужно немедленно уведомить дежурного хирурга

Задачи сестринской деятельности пациентам при вирусных гепатитах:

- выявление факторов риска данной патологии и анализ этиологии
- помощь врачу в диагностике заболевания
- оценка состояния больного и составления плана ухода за больным
- консультация родственников о профилактике и уходе за больным
- контроль над строгим выполнением назначения врача.
- предоставление должного положения больного на кровати,
- выполнения назначенных врачом манипуляций,
- рекомендации больному по поводу диеты
- создание вокруг больного благоприятной психологической обстановки.

При этом медицинская сестра должна оказать надлежащую помощь и надлежащий уход. Для этого, медицинской сестре необходимо владеть такой информацией, как: этиология данного заболевания, факторы риска, клиническая картина, методы обследования, лечение, профилактика и меры оказания неотложной доврачебной помощи.

4. В результате проведенных исследований методом анкетирования выявлено, что общество в целом не подготовлено в полной мере к

восприятию идей трансплантации и донорства. Поэтому именно в этой отрасли медицины, необходимо создание морально-этических норм и соответствующего законодательства, которые бы регулировали процесс пересадки органов и тканей.

Список литературы.

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический вирусный гепатит/ М.: Арт, 2011
2. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Общая патофизиология (Учебник для студентов медицинских вузов). / СПб, 2001
4. Лобзин Ю.В. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение/ М.: Фолиант, 2003
5. Нагоев Б. С./Острые и хронические гепатиты/ М.: Эльбрус, 2006
6. Турьянов В.Х./Инфекционные болезни/, М.: ГЭОТАР Медицина, - 2014
7. Учайкин В.Ф., Инфекционная гепатология, /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012
8. Бабанов С.А. Опасность вирусных гепатитов и их распространенность 2015
9. Лозовская И.Л. Развитие вирусного гепатита в РФ./ Медицинский совет”, 2014, №7
10. Задворнова О. Л. Справочник медицинской сестры. – М.: ООО «Издательство Новая волна», 2010
11. Мышкина А. К.. Сестринское дело. – М: «Дрофа», 2008
12. Мухина С. А., Тарковская И. И. «Теоретические основы сестринского дела» часть I – II, 2007., Москва
13. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульников О.М. Трансплантация печени // М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 296 с
14. Трансплантация органов и тканей в многопрофильном научном центре / Под ред. М. Ш. Хубутя. -М: АирАрт, 2011. - 420 с.
15. Шифф, Ю., М. Соррел, У. Мэддрей Болезни печени по Шиффу: Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
16. Кравченко О. М. Биоэтические проблемы трансплантологии // Молодой ученый. — 2015. — №16. — С. 74-76.
17. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» - М.1992 (с изменениями на 23 мая 2016 года)
18. Яровинский М.Я. «Медицинская этика».М. «Медицина» 2004