

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ (практика)

**СТРУКТУРА И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ОБЩЕЙ
СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

учебное пособие по производственной практике для студентов 2-го курса

Специальности: 222 «Медицина», 228«Педиатрия»

Запорожье - 2018

УДК: 616.1/4-07 (075.8)

Авторы: д.мед.н., профессор В.В. Сыволап, д.мед.н., доцент Лукашенко Л.В., к.мед.н., доценты: И.В. Лихасенко, к.мед.н., ассистент С. В. Поливода

Пособие рассмотрено и утверждено на заседании Центрального методического Совета ЗГМУ Протокол № 2 , от « 22 » ноября 2018 г.

Рецензенты:

- В.А. Визир - зав. кафедрой внутренних болезней 2 ЗГМУ, д.мед.н., профессор

- В.Д. Сыволап - зав. кафедрой внутренних болезней 1 ЗГМУ, д.мед.н., профессор

Вступление

Программа изучения учебной дисциплины «Уход за больными (практика)» составлено в соответствии с проектом Стандарта высшего образования Украины (далее - Стандарт) второго (магистерского) уровня области знаний 22 «Здравоохранение» специальности 222 «Медицина» и обсужденного на XIII Всеукраинской научно-практической конференции по международному участию «Актуальные вопросы качества медицинского образования» (12-13 мая 2016 года, г. Тернополь) и примерного учебного плана подготовки специалистов второго (магистерского) уровня высшего образования области знаний 22 «Здравоохранение» в высших учебных заведениях МОЗ Украины за специальностью 222 «Медицина» квалификации образовательной «Магистр медицины», квалификации профессиональной «Врач», утвержденного 26.07.2016 и.о. Министра здравоохранения В. Шафранским.

Предметом изучения учебной дисциплины «Уход за больными» является комплекс мероприятий, направленных на создание благоприятных условий успешного лечения больных, облегчения их состояния и удовлетворения основных физиологических потребностей организма.

Предметом изучения учебной дисциплины «Уход за больными» является приобретение теоретических знаний, овладения практическими навыками и умениями по модулю 1 и в его структуре модулю 1 «Уход за больными, его роль в лечебном процессе и организация в условиях терапевтического стационара».

На изучение учебной дисциплины «Уход за больными (практика)» отводится 150 часов - 5 кредитов ЕКТС, 30 часов из которых составляет аудиторная подготовка (в виде практических занятий) и 120 часов самостоятельная работа студентов. Из них на модуль 1 - 50 часов, это 1,7 кредитов ЕКТС, 10 часов из которых составляет аудиторная подготовка и 40 часов самостоятельная работа студентов.

Производственная практика по уходу за больными проводится последовательно в терапевтическом, хирургическом и педиатрическом отделениях стационара. Итоговый модульный контроль по производственной практике " Уход за больными" предусматривает кроме демонстрации методики и техники исполнения практических навыков, также решение двух типичных ситуационных задач каждым студентом.

Одним из видов деятельности студента и его контроля со стороны преподавателя является ведение Дневника производственной практики (дополнение 1), который заполняется студентом ежедневно и подписывается преподавателем по завершению самостоятельной части работы студента в стационаре. По окончании каждого смыслового модуля производственной практики студентом заполняется Итоговый отчет о произведенной работе (дополнение 2). Наличие заполненного и заверенного подписью преподавателя Дневника и Итогового отчета является обязательным для допуска студента к итоговому контролю знаний и практической подготовке по производственной практике.

Оценка успешности студента по производственной практике по уходу за больными является рейтинговой и выставляется по многобалльной шкале с учетом текущей успеваемости и итогового модульного контроля и имеет определение по системе ECTS и традиционной шкалой, принятой в Украине.

Пособие рассчитано на студентов 2-го курса высших медицинских учебных заведений III - IV уровней аккредитации.

В результате изучения дисциплины «Уход за больными» (практика) студент должен

I. Овладеть современными знаниями относительно:

- содержания ухода за больными и его роли в структуре общеклинических мероприятий терапевтического стационара
- основных функциональных обязанностей младшей медицинской сестры в терапевтическом стационаре

- принципов профессиональной субординации в системе врач - медицинская сестра - младший медицинский персонал
- структуры и функции терапевтического стационара
- требований и правил обеспечения лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режима основных подразделений стационара
- правил заполнения медицинской документации стационара
- правил и последовательности проведения расспроса и осмотра больного
- физиологических основ формирования основных показателей деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем (пульса, артериального давления, дыхания)
- регуляции температурного гомеостаза организма и механизмы развития лихорадки
- общих правил хранения лекарств в стационаре, классификации лекарственных средств и распределению их по группам для хранения
- механизмов влияния основных медикаментозных и физиотерапевтических процедур на организм больного
- методов современной антисептики и асептики
- правил организации диетического питания больных терапевтического стационара
- основных методов очистки кишечника и правила их проведения
- признаков клинической и биологической смерти, правил обращения с трупом
- основных принципов проведения сердечно-легочной реанимации

II. Уметь применять знания в практических ситуациях:

1. Демонстрировать обладание морально-деонтологическими принципами медицинского специалиста и принципами профессиональной субординации в клинике внутренних болезней
2. Демонстрировать навыки организации режима и ухода за больными с разными заболеваниями терапевтического профиля, выполнять необходимые медицинские манипуляции:
 - демонстрировать навыки соблюдения лечебно-охранительного и обеспечения санитарно-гигиенического режима основных подразделений терапевтического стационара
 - проводить расспрос и осмотр больного
 - демонстрировать методику проведения антропометрических исследований больного и определять конституциональный тип обследуемого
 - делать предварительную оценку состояния температурного гомеостаза больного по результатам термометрии и регистрации температурных кривых
 - демонстрировать обладание навыками ухода за больными с лихорадкой
 - демонстрировать самые простые медицинские манипуляции по проведению больным медикаментозных и физиотерапевтических процедур
 - демонстрировать навыки обеспечения личной гигиены больных и ухода за тяжелобольными
 - демонстрировать навыки оказания первой помощи больным с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем
3. Делать выводы о состоянии физиологических функций организма, его систем и органов:

- определять основные показатели деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем (пульса, артериального давления, дыхания)
- 4. Анализировать возрастные особенности функций организма и их регуляцию.
- 5. Демонстрировать умение ведения медицинской документации, учетной и отчетной документации.
- 6. Выявлять признаки клинической смерти, проводить сердечно-легочную реанимацию

Программа практики по уходу за больными представлена тремя модулями:

Раздел 1. Структура и основные задачи ухода за больными в общей системе лечения больных терапевтического профиля

Раздел 2. Уход за больными хирургического профиля

Раздел 3. Уход за больными детьми

При изучении первого модуля студенты осваивают основные принципы ухода за взрослыми больными в условиях общетерапевтического стационара, который осуществляется на клинических базах кафедр терапевтического профиля.

Конкретные цели:

- демонстрировать обладание основными принципами медицинской деонтологии;
- определять содержание ухода за больными и его роль в структуре общетерапевтических мероприятий;
- демонстрировать навыки соблюдения лечебно-охранительного и обеспечения санитарно-гигиенического режима основных подразделений терапевтического стационара;
- демонстрировать навыки проведения расспроса больного и владение правилами определения основных показателей деятельности сердечно-

- сосудистой и дыхательной систем (пульса, артериального давления, дыхания) и оказания первой помощи больным с нарушениями со стороны этих систем;
- демонстрировать методику проведения осмотра и антропометрических исследований больного и определять конституциональный тип обследуемого;
 - делать предварительную оценку состояния температурного гомеостаза больного по результатам определения температуры тела и регистрации температурных кривых;
 - демонстрировать навыки ухода за больными с лихорадкой;
 - объяснять механизмы влияния медикаментозных и физиотерапевтических процедур на организм больного и демонстрировать простейшие медицинские манипуляции по их обеспечению;
 - демонстрировать навыки обеспечения личной гигиены больных и ухода за тяжелобольными;
 - демонстрировать владение основными приемами реанимационных мероприятий.

Тема 1. Основные принципы общего и специального ухода за больными терапевтического профиля. Организация работы терапевтических отделений стационара

Исторические вехи становления медицинской помощи больному человеку. Определение роли и места ухода за больными в лечебно-диагностическом процессе, понятие о его структуре и условиях проведения. Морально-этические и деонтологические принципы формирования медицинского специалиста. Основные профессиональные обязанности младшего персонала в поликлинических и стационарных отделениях больницы. Основные деонтологические принципы профессиональной деятельности медицинского работника. Принципы профессиональной

субординации в системе врач-медицинская сестра-младший медицинский персонал. Понятие о лечебно-охранительном, санитарном и больничном режимах терапевтического стационара, роль младшего персонала в их обеспечении.

Основные отделения и вспомогательные подразделения терапевтического стационара. Функции приемного отделения больницы по приему и направлению больных в профильные отделения. Прием и регистрация больных. Заполнение медицинской документации (журнала приема больных, истории болезни, статистической карты). Санитарно-гигиенический режим приемного отделения, санитарно-гигиеническая обработка больного. Транспортировка больных в профильные отделения больницы.

Общая характеристика терапевтического отделения, структура и функциональное назначение. Основные обязанности младшей медицинской сестры. Пост медицинской сестры и организация ее работы, оснащение поста. Организация посещения больных. Обеспечение санитарно-гигиенического режима отделения. Приготовление и применение дезинфицирующих растворов. Особенности уборки помещений терапевтического отделения.

Уход за больными (nursing) - это комплекс мероприятий, направленных на создание благоприятных условий успешного лечения больных, а также облегчения их состояния и удовлетворения основных физиологических потребностей организма. Уход включает оказание помощи больному в обеспечении физиологических потребностей его организма в пище, воде, физической активности, физиологических отправлениях, в улучшении самочувствия при патологических состояниях, в частности, при тошноте, рвоте, удушье, кашле, разнообразных болевых ощущениях и тому подобное. Уход предусматривает создание для больного спокойной моральной атмосферы, благоприятных бытовых и гигиенических условий: оптимальная температура, достаточное освещение и проветривание палат, удобная чистая

постель, необходимый минимум предметов личной гигиены, сигнализация. Особенности и объем мероприятий ухода зависят от общего состояния больного, характера и степени тяжести его заболевания, от определенного врачом режима. Важнейшие задачи ухода должны быть направлены на активацию и поддержку резервных возможностей его организма в борьбе с болезнью.

Уход за больными играет важную профилактическую роль в развитии некоторых заболеваний и их осложнений. Так, своевременно и правильно проведенные мероприятия по уходу за кожей или, например, за слизистой оболочкой полости рта способны предотвратить развитие трофических или инфекционных поражений тканей, воспалительных заболеваний ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Имея единственную цель - оздоровление больного, сохранение и укрепление его здоровья, уход и лечение неразрывно связаны между собой. Они являются неотъемлемой частью общего лечебного процесса, взаимно связанными и взаимодополняющими его звеньями.

Выполнение мероприятий ухода требует не только профессиональных умений и навыков качественного в техническом отношении проведения той или другой манипуляции или процедуры. Не менее важное значение играет соблюдение морально-этических и эстетических норм отношений с больным человеком.

Под воздействием болезни многие больные часто становятся легко раздраженными, уязвимыми, иногда выражают несправедливые претензии, острее, чем в обычных условиях, реагируют на обстоятельства окружающей жизни и проявления своей болезни. В этих условиях исключительно важное значение приобретает умение медицинского персонала, в том числе студента-медика, проявить максимум внимания, милосердия, чуткости и сочувствия к больному человеку. В каждом действии медицинского работника при выполнении мероприятий по уходу, в общении с больным должны

проявляться тактичность, вежливость, искреннее желание помочь больному в его страданиях. Надо уметь всегда отыскать такие методы и средства, которые смогли бы облегчить состояние больного, найти слова, способные успокоить больного и улучшить его настроение. Взамен, необходимо настойчиво требовать выполнения больным назначений врача, а также других необходимых лечебных или диагностических процедур. Медицинский работник должен привить каждому больному веру в целебную силу назначений врача и оздоровительные возможности медицины, используя для этой цели могучие свойства слова. Большой медик древности Гиппократ так учил врача в его отношениях с больным: Все, что нужно делать, делай спокойно и умело. Больного нужно вдохновить по-товарищески веселым, вежливым словом. При необходимости строго и твердо отклонить его требования, в ином случае окружить больного любовью и развлечением. Современный врач в своих профессиональных действиях должен руководствоваться этими мудрыми наставлениями отца медицины. Общечеловеческие черты - вежливость, тактичность, сочувствие и самопожертвование - важное условие не только сугубо врачебной деятельности, но и приобретает большое значение и при выполнении обязанностей по уходу за больными. Зато, грубость, невнимательность, неаккуратность, черствость, брезгливое, пренебрежительное отношение к больному способны разрушить благоприятный фон лечебного процесса, нанести больному психическую травму, затормозить процесс выздоровления и значительно снизить эффективность лечебных мероприятий. Такие моральные качества несовместимы с этическими требованиями к медицинскому работнику.

Первые шаги студента в клинике, первое их знакомство с больным должны быть соединены с усвоением им основных правил и требований медицинской этики и деонтологии.

Медицинская этика - отражение принципов морали, гуманизма в деятельности медицинских работников. Она устанавливает и регулирует

нормы морального поведения врача, медицинской сестры, младшего медперсонала, их отношения не только с пациентом, но и с его родственниками, с сотрудниками.

Особенности медицинской этики, которые отличают ее от общей, определяются спецификой профессиональной деятельности медицинских работников и связанной в связи с этим обстоятельством их особым положением в обществе.

Деонтология (греч. deon - должное, logos - учение) - наука о моральных обязанностях медика в процессе своей профессиональной деятельности. *Деонтология* - часть медицинской этики. Она отображает моральные требования и определяет духовный кодекс поведения медицинского работника во взаимоотношениях с пациентами и своими коллегами на работе. Усвоение медицинской этики и деонтологии - обязательное условие профессиональной подготовки медика.

Овладение правилами и требованиями медицинской этики и деонтологии проходит через сложный путь морального и профессионального совершенствования и самосовершенствования. Для обеспечения высокого уровня морально-этической и деонтологической подготовки медицинского работника целесообразное и важное сочетание этих обоих факторов. Высокие моральные черты - гуманизм, чуткость, сочувствие, чувство долга, готовность к самопожертвованию, доброжелательность, интеллигентность, простота и скромность - не только желательные, но и очень необходимые профессиональные качества медика.

Поэтому усвоение студентами норм и правил медицинской этики и деонтологии необходимы не только для их общего морального совершенствования, но является обязательной составной частью специальной, профессиональной врачебной подготовки.

Рядом с общим прогрессом общества совершенствуются и методы оказания медицинской помощи больным. Широко внедряются технические

средства в разные сферы медицинской деятельности. Однако каких бы успехов не достиг технический прогресс в медицине, всегда незаменимыми лекарствами для больного будет оставаться человеческое общение, сила личного влияния медика на больного. И это может оказываться не только в высокоспециализированных аспектах врачебной деятельности, но и при выполнении сравнительно несложных в техническом отношении мероприятий по уходу за больными. Важнейшая роль в исполнении требований медицинской этики и деонтологии принадлежит слову. Больной ожидает от врача, медицинской сестры, санитарки теплого, ласкового, подбадривающего слова. Оно может стать настоящими лекарствами, способными благоприятно влиять на защитные силы человеческого организма. Поэтому и для сегодняшнего медика актуально звучат прекрасные слова основоположника современной отечественной медицины М.Я. Мудрова: Есть душевные лекарства, которые лечат тело. Они черпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Этим искусством грустного утетишь, сердитого сделаешь мягким, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Этим искусством вдохновляется та твердость духа, которая побеждает телесные боли, печаль, тревогу.

Необходимо помнить, что мягкое слово лечит, грубое - калечит. Медицинский работник должен всегда уметь использовать слово, как своего надежного сообщника в борьбе с болезнью. Стоит знать: важно не только то, о чем, но и как сказано. Важна не только форма, но и интонация. Приветливый, спокойный, доброжелательный тон действует успокоительно на психику больного, сдерживает его переживание, уменьшает ощущение тревоги и отчаяния. Необходимо научиться беречь словом нервную систему больного. Следует всегда помнить, что с больным не нужно вступать в споры, повышать голос. С ним следует пытаться говорить уравновешенно и спокойно, даже если он нервно возбужден и несдержанный в своих высказываниях. Неосторожное слово может не только оскорбить больного, но и серьезно усложнить ход болезненного процесса. В некоторых случаях это может

привести к развитию ятрогенных болезней, то есть заболеваний, predetermined патологической психической реакцией пациента на слова медицинского персонала. Ятрогения (от греч. *iatros* - врач, и латинского *genes* - происхождение) - неодионое явление в лечебно-профилактических учреждениях с низкой культурой и организацией лечебного процесса. Особенно требовательным должно быть отношение к слову при общении с больными, которые страдают хроническими заболеваниями. У таких лиц часто подавленная психика, гнетущее настроение, отсутствующая вера в выздоровление.

Если состояние нездорового человека действительно тяжелое, например, при злокачественных заболеваниях, в интересах больного медицинский работник должен уметь скрывать от него правду об истинной болезни, пытаться его морально поддерживать, вселять веру в благоприятную динамику заболевания.

Медицинский персонал должен знать основные требования медицинской эстетики. Необходимо придерживаться опрятности в одежде. Профессиональная одежда должна быть удобной и простого покроя, не сдерживать движения. Непременное условие медицинской эстетики - выполнение требований относительно формы одежды: чистый белый выутюженный халат, который прикрывает колени, белый платочек или шапочка, которая покрывает волосы, легкая и удобная обувь, например, тапочки.

Важное значение имеет соблюдение личной гигиены. Следует помнить, что чрезмерное применение косметических средств способно негативно отразиться на этичной атмосфере общения с больными. У медицинского работника ногти на руках должны быть коротко подрезаны, руки - чистыми, теплыми и мягкими, что требует специального ухода за ними.

Чаще всего уход за больными выполняется средним и младшим медицинским персоналом - медицинскими сестрами и санитарками.

Последние привлекаются к выполнению некоторых самых простых манипуляций по уходу, а также для помощи среднему медицинскому персоналу. Однако, несмотря на то, что мероприятия ухода за больными не входят в функциональные врачебные обязанности, каждый врач обязан не только быть знакомым со всеми особенностями ухода, но и уметь самостоятельно выполнить ту или другую манипуляцию или процедуру, проконтролировать качество работы среднего и младшего медицинского персонала, обеспечить выполнение всех необходимых приемов ухода и при отсутствии медицинской сестры, или в условиях внебольничной обстановки. Поэтому овладение методикой и техникой проведения манипуляций по уходу за больными является одним из важнейших звеньев в общеклинической подготовке будущего врача.

В зависимости от характера заболеваний и особенности мероприятий, уход разделяется на общий и специальный. *Общий* уход включает мероприятия, которые проводятся с целью создания оптимальных условий лечения больного независимо от специфики заболевания. *Специальный* уход предусматривает такие мероприятия, которые имеют свои специфические особенности и выполняются с учетом диагноза заболевания и индивидуальных проявлений его течения. Комплекс мероприятий по общему уходу за больными включает такие элементы:

- соблюдение больными личной гигиены, профилактика пролежней, внутрибольничных простудных заболеваний, гигиены одежды и постели;
- обеспечение санитарно-гигиенического содержания палат, вспомогательных помещений и кабинетов, создания благоприятных микроклиматических условий в палатах, беспокойство о своевременном обеспечении больных необходимыми предметами ухода, выполнения требований лечебно-охранительного режима в отделении;
- выполнение назначений врача: раздача лекарств, проведение инъекций, применение банок, пиявок, горчичников, компрессов, кормление

тяжелобольных, проведение оксигенотерапии, измерение температуры, артериального давления, исследование пульса, сбор материала для лабораторно-диагностических исследований;

- оказание первой медицинской помощи при неотложных или экстремальных состояниях организма: обморок, коллапс, приступы удушья, кашель, кровотечение, боли разной локализации, диспепсические расстройства, остановка сердечной деятельности и дыхания;

- выполнение относительно простых лечебных и диагностических манипуляций и процедур: промывание желудка, пользование подкладным судном, мочеприемником и калоприемником, грелкой, пузырем с льдом, газоотводной трубкой, функциональной кроватью, применение очистительной и сифонной клизм, пользование индивидуальным кислородным ингалятором, подготовка системы для внутривенного капельного введения лекарственных средств, стерилизация шприцев, игл, пинцетов, ножниц, профилактика пролежней;

- заполнение медицинской документации, которая касается компетенции среднего медицинского персонала: температурный лист, направление на лабораторные исследования, оформление документов на выписку больного, выписка документов на диетическое питание;

- проведение санитарно-просветительной работы.

В объем мероприятий по уходу за больными входит обеспечение режима работы отделений. Различают: санитарный, больничный и лечебно-охранительный режимы.

САНИТАРНЫЙ РЕЖИМ. Согласно гигиеническим нормативам, на каждого стационарного больного должно быть 25 м^3 воздуха, то есть 7 м^2 на 1 кровать при высоте помещения 3,5 м. Количество кроватей в палате не должно превышать шести. Для тяжелобольных отводится одно- или двухкочная палата с отдельным санузлом. Окна палат должны быть спроектированы на юг или юго-восток. Температура воздуха в палате должна

быть в пределах 18-22⁰С, для обеспечения чистоты воздуха палату необходимо тщательным образом проветривать. В зимний период - не реже 2-х раз в день, летом окна должны быть открыты круглосуточно, на этот период желательно на них установить металлическую сетку. Во время проветривания тяжелобольных необходимо тщательным образом укрыть одеялом, а больные с общим режимом должны находиться вне палаты.

Кровати в палатах желательно размещать параллельно внешней стене с окнами. Расстояние между смежными кроватями должно быть не меньше 1 м для того, если бы создать максимум удобств для обслуживания больных и оказания им необходимой медицинской помощи. Непосредственно около кровати располагают прикроватную тумбочку для хранения личных вещей больного. В обязанности персонала по выполнению санитарного режима входит контроль состояния тумбочек.

Часто в клиниках к стенке кровати каждого больного прикрепляют щитки, на которых закрепляют бланки для регистрации температуры, артериального давления, пульса и других данных.

Выполнение санитарного режима включает также соблюдение чистоты в палатах, местах общего пользования, в комнатах досуга, борьбу с насекомыми. В палатах используют влажную уборку, которая должна проводиться после каждого приема пищи. Генеральная уборка: мойка стен, потолка, осветительных приборов - проводится еженедельно. Для влажной уборки применяют осветленный раствор хлорной извести.

Санитарный режим работы отделения предусматривает четко регламентированный порядок выполнения санитарно-гигиенических мероприятий. Важно разъяснить каждому больному значения санитарного режима в лечебном процессе и его роль в общем оздоровительном комплексе.

Следовательно, основные положения санитарно-гигиенического режима следующие:

- гигиеническая норма объема больничной палаты на одного пациента -

25 м³;

- количество кроватей в одной палате - не больше 6;
- направленность окон палаты - юг или юго-восток;
- температура воздуха в палате - +18 - +22⁰С;
- периодичность проветривания палаты - не реже двух раз на сутки в осенне-зимний период и ранний весенний, круглосуточно - в летний период;
- размещение кроватей - параллельно внешней стене с окнами; расстояние между соседними кроватями - не менее 1 м;
- влажная уборка пола с дезинфицирующими растворами - 0,2% хлорамин или 1% осветленный раствор хлорной извести - после каждого приема пищи;
- генеральная уборка еженедельно.

БОЛЬНИЧНЫЙ РЕЖИМ. Содержание и объем больничного режима устанавливается администрацией больницы на основе существующих типичных положений. Он определяет точное время и последовательность выполнения больным определенных мероприятий, манипуляций, процедур: подъем, измерение температуры, прием пищи, лекарств, выполнение специальных назначений врача, часы отдыха, посещения больных, отход к сну. Выполнение режима важно не только для организации четкой работы персонала клиники или отделения, но является неременным условием успешного лечения больного. Правильно организован больничный режим, который учитывает ритмы биологической активности человека, может быть использован в качестве одного из могучих факторов лечебного процесса.

Основные требования соблюдения больничного режима: официальная почасовая регламентация ежедневного режима работы отделения; определение регламентированных терминов выполнения лечебных мероприятий, манипуляций, процедур; установление последовательности и периодичности сроков проведения общих организационных мероприятий и

диагностических обследований - подъем, измерение температуры тела, диагностические обследования, прием пищи, лекарств, часы отдыха, посещения, отход к сну.

ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ. Внутрибольничный режим предусматривает соблюдение лечебно-охранительного режима, важнейшей целью которого является ограждение от нервных раздражений больного, создание благоприятных условий для обеспечения его физического и психического спокойствия.

Болезнь нарушает нормальное взаимодействие человека и среды, что его окружает. В крепком закаленном организме болезнь развивается реже, а если и возникает, то течение ее более легкое и быстрее наступает выздоровление. Патологический процесс охватывает один какой-либо орган человека, но поскольку в организме все органы тесно взаимосвязаны между собой, то нарушение жизнедеятельности одного из них негативно отражается на организме в целом. Из этого положения вытекает важный вывод: для того, чтобы больной выздоровел, необходимо влиять на весь его организм, особенно на центральную нервную систему, которая регулирует все взаимосвязанные жизненные процессы в организме.

Основой лечебно-охранительного режима является строгое соблюдение распорядка дня, который обеспечивает физическое и психическое спокойствие больного.

Общая характеристика терапевтического отделения, структура и функциональное назначение. Основные обязанности младшей медицинской сестры. Пост медицинской сестры и организация ее работы, оснащение поста. Организация посещения больных. Обеспечение санитарно-гигиенического режима отделения. Приготовление и применение дезинфицирующих растворов. Особенности уборки помещений терапевтического отделения.

Для оказания медицинской помощи населению существует широкая сеть лечебно-профилактических учреждений амбулаторно-поликлинического

и стационарного типа. Некоторым больным, преимущественно с неосложненным течением болезни, медицинская помощь оказывается во внебольничной обстановке (в поликлиниках, амбулаториях или дома). Больным, которые требуют постельного режима, оказание медицинской помощи проводится в больницах, то есть в стационарных лечебно-профилактических учреждениях.

Больница - стационарное медицинское заведение, в котором осуществляется диагностика и лечение больных. Современная больница представляет собой медицинское заведение, в котором существуют возможности для диагностики и лечения больных, созданы условия для удовлетворения их бытовых и культурно-эстетических потребностей.

Специализированное стационарное лечебно-профилактическое заведение, которое входит в состав медицинского учебного или научно-исследовательского заведения, называется клиникой (от греческого *kline* — кровать). В клинике кроме диагностики и лечения проводится подготовка врачебных и научно-педагогических научных медицинских кадров, а также осуществляется научно-исследовательская работа по усовершенствованию диагностики и лечения болезней человека.

В отличие от больницы, в клинике лечение больных сочетается с педагогической и научно-исследовательской работой. В зависимости от профильности выделяют такие стационарные отделения больниц: терапевтические, хирургические, акушерские, гинекологические, неврологические, инфекционные, ортопедические, онкологические и другие.

Мероприятия по уходу являются неотъемлемой частью комплексного медицинского обслуживания больных в амбулаторных и стационарных условиях, но наибольшее значение они имеют при оказании медицинской помощи стационарным больным.

Больница или клиника состоит из специализированных функциональных отделений. Основными структурными подразделениями больницы являются приемное отделение, лечебно-диагностический комплекс

и административно-хозяйственная часть. Лечебно-диагностические отделения терапевтического профиля состоят из лечебных и диагностических кабинетов, специализированных палат, процедурных кабинетов, палат, где находятся больные, кабинетов для медицинского персонала (врачей, медсестер), мест для отдыха, столовой и подсобных помещений (санузел, ванна, материальный склад).

В каждом отделении выделяются специальные места (посты) для дежурных медицинских сестер, которые наблюдают за больными и выполняют им назначение врача. Кроме дежурных сестер, есть также процедурная сестра, которая выполняет лечебные и диагностические манипуляции и процедуры: инъекции, внутривенные вливания, проводит манипуляции по забору крови для биохимических исследований, проводит желудочное и дуоденальное зондирование.

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ

Типы приемных отделений:

- централизованные - это одно отделение со сложной структурой, которая создается в многопрофильных неинфекционных больницах, особенно в том случае, когда отделения расположены в одном корпусе.

- децентрализованные - это отделения, которые создаются на базе: а) инфекционного отделения, б) роддомов, в) детских отделений.

Госпитализация больного в стационар происходит такими путями:

1. По направлению участкового врача так называемая плановая госпитализация. Обычно, таким образом, в стационар поступают больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения, например, язвенной болезнью желудка, ревматизмом, хроническим бронхитом или с острыми заболеваниями, такими, как бронхит, пневмония нетяжелого течения и тому подобное. Еще на амбулаторном этапе больным проводится лабораторное, рентгенологическое, инструментальное обследование. При госпитализации они имеют подробную выписку из амбулаторной карты, где указан

клинический диагноз и результаты обследований, а также направление на госпитализацию. Срок поступления таких больных в стационар предварительно согласуется между поликлиникой и стационаром.

2. Скорой помощью. Таким образом, госпитализируются больные с острыми заболеваниями внутренних органов, которые возникли внезапно, такими, как инфаркт миокарда, тяжелый гипертонический криз, острый панкреатит, почечная колика, или с разными обострениями хронических заболеваний внутренних органов. Это обычно больные, которые предварительно не обследовались.

3. Путем самообращения. В некоторых случаях, чаще всего это бывает в вечерние часы, больные обращаются в приемное отделение. При неотложных состояниях их сразу госпитализируют в стационар. В иных случаях, например, при гипертоническом кризе больному оказывают помощь, в течение нескольких часов за ним наблюдает врач, и, если больному стало лучше, его отпускают домой. Если же предоставленная помощь была неэффективной, больного госпитализируют.

4. Транспортная госпитализация. Если при амбулаторном обследовании у больного оказалась пневмония с тяжелым течением, а стационар, к которому срочно следует госпитализировать больного, находится на значительном расстоянии, то участковый врач выписывает ордер на госпитализацию и вызывает бригаду Скорой помощи, которая специализируется на перевозке тяжелобольных. В ее штат входят фельдшер и санитар.

Последовательность работы приемного отделения: регистрация больных, врачебный осмотр и санитарная обработка. В такой же последовательности располагаются и помещения отделения: раздевалка, ванна-душевая, смотровая. Для проведения манипуляций, малых операций и наложения повязок отводятся две комнаты. Здесь же размещаются рентгенкабинет, кабинет дежурного врача, туалет и умывальник. Поблизости находится помещение для хранилища домашней одежды. При больших

больницах в приемном отделении несколько диагностических палат. Все помещения расположены таким образом, чтобы больной, который выписывается, не мог встретиться с поступающим больным.

Для проведения санитарной обработки больного пропускником должны быть в достаточном количестве: белье, губка, мыло, машинка для подстригания волос, бритва, гребень, термометры, фонендоскоп, шпатели, нашатырный спирт, 0,5% и 15% раствор уксуса, вата, пинцет, лоток, миска, горшок. Для дезинфекции и дезинсекции необходимо иметь сухую известь, хлорофос и мыло ДДТ.

На санпропускнике должны храниться 3 противочумных костюма для персонала, резиновые перчатки, бикс. Необходимо иметь инвентарь для уборки палат, соответствующую мебель.

РАБОТА МЕДСЕСТРЫ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ (инструкция № 1)

Название мероприятия	Последовательность действий
1. Оформление истории болезни	1.1. Регистрация больного в журнал. 1.2. Оформление титульного листа истории болезни. 1.3. Заполнение части карты формы 226.
2. Санитарная обработка больного	2.1. Измерение температуры. 2.2. Осмотр волос, белья, кожи больного. 2.3. По назначению врача больному проводят гигиеническую ванну или гигиенический душ. Тяжелобольным делают обтирание теплой водой с добавлением уксуса или спирта.
3. Проведение гигиенической ванны.	3.1. Ванну сполоснуть дезинфицирующим раствором (0,5% раствор извести или хлорамина), потом горячей водой. Закрывать отверстие ванны пробкой.
а) подготовка ванны	3.2. Налить холодную воду, потом горячую.

3.3. Температура может быть индифферентная (35° - 36,5°) или теплая (37° - 39°). Измеряют температуру воды специальным термометром в оправе, не вынимая его из воды.

3.4. Заполняют ванну водой наполовину или на 2/3 объема; вода должна быть до верхней трети груди больного.

б) мытье больного

4.1. Больной должен спиной и затылком опираться на край ванны. Для предотвращения соскальзывания тела в ножном конце ванны устанавливают деревянную скамью или подставку, в которую больной упирается ногами.

4.2. Мыть больного нужно губкой: сначала голову, а потом туловище и нижние конечности.

4.3. Средняя длительность ванны при температуре 35°-36° составляет 20-30 минут.

в) контроль за состоянием больного

5.1. Медсестра должна присутствовать во время мытья больного, следить за состоянием его кожных покровов, пульсом.

5.2. Если больной побледнел, жалуется на головокружение, плохое самочувствие, медсестра помогает ему выйти из ванны, лечь. На голову больного кладет полотенце, смоченное холодной водой, дает понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом, вызывает врача.

4.

Проведение

6.1. В подготовленную ванну (3.1.) поставить

гигиенического душа скамью, на которую садится больной.

6.2. Мыть больного нужно в той же последовательности, что и в ванне.

6.3. После каждого больного ванну нужно вымыть губкой с мылом и сполоснуть дезраствором.

Транспортировка больных: в отделение больного отправляют в сопровождении сестры или санитарки пешком, на кресле-каталке или на носилках в зависимости от указания врача. Ослабленных больных нужно уметь осторожно переносить с носилок на кровать или кушетку или наоборот. Переносить больного может один санитар, держа его правой рукой под бедра, а левой охватив грудь на уровне лопаток. Чаще переносят больного 2 медработника. Один из них поддерживает правой рукой голову, шею и верхнюю часть грудной клетки, второй медработник подкладывает руки под поясницу, бедра.

Если больной очень слаб или имеет очень большой вес, то переносить его надо втроем, причем так, чтобы вес его тела был распределен на трех поровну. Первый санитар держит голову, второй - поясницу, верхнюю часть бедер, а третий - бедра и голени. Для удобства перенесения носилки ставят под прямым углом к кровати, или параллельно, вплотную к кровати. Перекладывание больного при плотно приставленных носилках требует от больного определенных усилий, поэтому не всегда допускается.

Структура терапевтического отделения

Каждое стационарное отделение (в том числе терапевтическое) должно иметь такие помещения:

- 1-палаты на 2-4 койки (всего 40-60 коек);
- 2-помещение для дневного пребывания больных;
- 3-столовую и буфет;
- 4-санитарный узел (ванна и туалет);

- 5-манипуляционную;
- 6-комнату для врачей и зав. отделением;
- 7-комнату для старшей сестры;
- 8-комнату для белья.

Мебель в отделении должна быть простой, легко передвигаться, выдерживать влажную уборку палат и дезинфекцию.

В палате размещают кровати, прикроватные тумбочки, стулья и общий стол, кровать должна иметь колесики и матрас. Для придания больному положения полусидя применяют подголовник (под углом 45°). Тяжелобольных размещают на функциональных кроватях. Отделение должно иметь сигнализацию.

Около кровати должны быть штепсель для радионаушников и кнопка для сигнализации. Для тяжелобольных нужны передвижные столики. В отделении должны быть:

- 1-передвижные ширмы;
- 2-носилки и каталки;
- 3-кресла-каталки.

В коридорах размещенные посты палатных медсестер, шкаф для хранения лекарств, медицинские весы.

В туалете должны быть шкафы для суден и посуды для сбора мочи и кала, хранения дезинфицирующих растворов.

Режим работы лечебного заведения - это общий порядок с целью создания наилучших условий для выздоровления больных. Выполнение его обязательно для больных и персонала.

Режим состоит из таких элементов:

- 1-температурного режима, освещения и вентиляции (температура 20° в палатах, освещение - ориентация палат на солнечную сторону, вентиляция - проветривание или кондиционер);
- 2-санитарного режима;
- 3-личной гигиены больных и персонала;

4-правил внутреннего распорядка.

Режим в разных отделениях имеет свои особенности. Режим больного (постельный, полупостельный и др.) записывают в историю болезни. В стационаре необходимо придерживаться лечебно-охранительного режима: это создание комфорта и уюта, ограждение больных от лишних зрительных и шумовых раздражителей, негативных эмоций, удлинение физиологического сна до 10-11 часов, сочетание охранительного режима с лечебной физкультурой.

УБОРКА ПАЛАТ И КОРИДОРОВ

В палатах не должно быть лишней мебели, кроме кровати и индивидуальных шкафчиков или столов. Ежедневно пол моют или протирают влажной тряпкой утром и вечером, протирают влажной тряпкой мебель, радиаторы, трубы центрального отопления (для предотвращения выделения окиси углерода в воздух). Панели в палатах и коридорах моют или протирают влажной тряпкой один раз в 3 дня. Один раз в месяц очищают верхние части стен, потолков и плафоны, протирают оконные рамы и двери. Ежеженедельно осматривают и очищают кровати для предотвращения появления насекомых. Ежедневно медсестра проверяет прикроватные тумбочки или столики (хранить продукты в них в большом количестве запрещается). Раз в неделю их освобождают от содержимого, осматривают и очищают. Баки для хранения воды и плевательницы моют ежедневно.

Проветривание в палатах 4-х разовое.

Тапочки после использования больным обрабатывают тряпкой, смоченной в 40% растворе уксусной кислоты до полного увлажнения внутренней поверхности, оставляют в полиэтиленовом пакете на 3 часа, проветривают 10-12 часов.

После уборки весь инвентарь замачивают на 1 час в 1% растворе хлорамина, потом ополаскивают в проточной воде, высушивают.

Соблюдение санитарных правил в пищеблоках отделений

1. После завтрака, обеда или ужина влажная уборка помещений горячей водой с мылом.
2. После механической чистки посуду моют водой 45-48° дважды, добавляя соду или горчицу, ополаскивают кипятком. Посуду высушивают в перевернутом виде. Посуда с трещинами не должна использоваться. Дезинфекцию посуды проводят кипячением в течение 15 минут, или полным погружением в 0,5% р-р хлорамина, после чего ополаскивают и высушивают.
3. Пищевые отходы хранят в закрытых ведрах и ящиках, своевременно их выносят. Ведра моют горячей водой, высушивают и прожаривают.
4. Все предметы пищеблока должны использоваться по назначению.
5. Рабочие пищеблока должны тщательным образом придерживаться личной гигиены.

ТРЕБОВАНИЯ К САНИТАРНОМУ СОСТОЯНИЮ САУЗЛА

1. Влажную уборку проводят несколько раз на день (по необходимости).
2. Для мойки унитазов применяют 0,5% осветленный раствор хлорной извести.
3. Все помещения санузла должны проветриваться, хорошо освещаться. Температура не выше 20°.

Во всех лечебных помещениях необходимо бороться с мухами, тараканами, блохами, грызунами. Нужно следить, чтобы ни в полу, ни в стенах не было щелей, своевременно выносить остатки пищи, применять при необходимости химические средства. Если в одной палате заметили тараканов или блох, необходимо провести дезинсекцию всех помещений дома.

ВЕНТИЛЯЦИЯ ПОМЕЩЕНИЙ

Гигиенические нормативы воздуха в палате на одного больного 27-30 м³, причем ежечасно этот воздух должен заменяться свежим с помощью натуральной или искусственной вентиляции.

Вентиляция помещений через форточки и фрамуги не поддается регулированию и зависит от климатических и метеорологических условий. В больницах необходимо иметь искусственную проточно-вытяжную вентиляцию, которая позволяет очистить, согреть, или охладить воздух. Для каждого помещения установлены гигиенические нормативы для обмена воздуха. Идеальной системой для создания микроклимата в больничных условиях является кондиционирование.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАБОЧИХ РАСТВОРОВ ХЛОРАМИНА И ХЛОРНОЙ ИЗВЕСТИ

1. Приготовление раствора хлорамина:

- а) 0,5 % раствор - для "замачивания" термометров и мензурок, а также для обработки рук.

Техника приготовления: на 10 литров воды - 50,0 г (или 4 столовых ложки) хлорамина.

- б) 1% раствор - для проведения текущей дезинфекции (протирка тумбочек, столов, дверей, подоконников и тому подобное, а также для мытья пола в палатах и коридорах). А также для обеззараживания столовой посуды (кроме ложек, вилок, которые кипятят с уксусом).

Техника приготовления: на 10 литров воды 100 г (или 8 столовых ложек) порошка хлорамина.

- в) 2% раствор - для проведения текущей дезинфекции (для дезинфекции в санитарных узлах, а также для обеззараживания суден).

Техника приготовления: на 10 литров воды 200 г (или 1 стакан порошка).

- г) 3% раствор для обеззараживания шприцев больных, которые болели вирусным гепатитом (экспозиция - 60 минут).

Техника приготовления: на 10 литров воды 300 г хлорамина (или 1,5 стакана порошка).

Раствор хранить в сосуде из темного стекла или в эмалированной посуде в закрытом состоянии.

II. Приготовление маточного раствора хлорной извести: на 1 литр воды - 100 г сухой хлорной извести.

Приготовление рабочих (0,5%, 1%, 2%) растворов хлорной извести

Рабочий раствор	Количество воды	Количество маточного раствора хлорной извести
0,5% (для замачивания мензурок и термометров)	на 10 литров	0,5 литра
1% (для обработки тумбочек, пола, рук)	на 10 литров	1 литр
2% (для обработки суден, мытья туалетов)	на 10 литров	2 литра

Тема 2. Расспрос и осмотр больного, их роль в оценке общего состояния пациента

Роль расспроса больного в диагностическом процессе. Анамнез, его основные части (паспортная часть, жалобы больного, анамнез заболевания, расспрос по органам и системам, анамнез жизни). Правила проведения расспроса больного и обобщения полученных данных. Роль расспроса больного в общей оценке состояния больного. Деонтологические особенности проведения расспроса больного. Основные правила расспроса родственников больного, который находится в обморочном или тяжелом состоянии. Ознакомление с медицинской документацией, которая заполняется на основе расспроса больного.

Последовательность проведения общего осмотра больного. Оценка общего состояния больного. Состояние сознания и его возможные нарушения. Оценка положения больного в постели, его осанки и походки. Правила осмотра кожи и слизистых оболочек, исследование подкожной клетчатки, мышц, опорного аппарата. Антропометрические исследования и определение конституционального типа больного; правила расчета индекса массы тела и его роль в определении дальнейшей тактики ведения больного. Правила занесения в медицинскую документацию данных, выявленных при осмотре больного.

Анамнез состоит из пяти последовательных разделов: 1) паспортная

часть (*pars officialis*); 2) жалобы больного (*molestiae aegroti*); 3) общий анамнез (*anamnesis communis*) - расспрос о функциональном состоянии органов и систем; 4) анамнез болезни (*anamnesis morbi*); 5) анамнез жизни (*anamnesis vitae*). С практической точки зрения врачу, в первую очередь начинающему - медику, анамнестические материалы целесообразно записывать на отдельном бумажном листе или зарегистрировать в виде магнитофонной записи, а потом перенести их в официальный медицинский документ - историю болезни. Таким способом полнее всего хранится информация, в первую очередь, субъективная, о болезни пациента.

Сбор анамнестических данных должен начинаться и осуществляться после максимального обеспечения условий его проведения. Эти условия касаются внешнего антуража окружающей обстановки - санитарно-гигиенических и эстетических требований к помещению, в котором проводится обследование, определенных бытовых деталей, эстетического вида врача, его расположения относительно обследуемого пациента, этических, лексических и фонетических аспектов, которых следует придерживаться в процессе обследования. Профессиональная одежда врача должна отвечать традиционным стандартам - чистый белый и тщательным образом выутюженный халат, на голове - белая шапочка. Гигиенические, этические и эстетические требования обязательны не только при субъективном обследовании, но и на всех следующих его этапах. Соблюдение их важно не только как проявление формальных эталонов медико-профессионального этикета, но и как предварительные клинко-диагностические и лечебно-оздоровительные меры, направленные на формирование в сознании больного стереотипа относительно его будущего пребывания в клинике или больнице.

Лишь в случае исключительных, экстремальных ситуаций, обусловленных острым проявлением болезни или форс мажорными сопутствующими факторами, в соблюдение этих предварительных условий могут быть внесены соответствующие изменения.

Клиническое обследование больного (субъективное и объективное), осуществляется при таких основных условиях:

- Помещение, в котором проводится обследование должно быть чистым, тщательным образом проветренным, умеренно сухим и хорошо освещенным - солнечными лучами или искусственными источниками света;

- температуры помещения не должно быть ниже 18°C;

- в больничной палате или кабинете поликлиники (амбулатории) во время обследования должна сохраняться тишина и не находиться посторонние лица;

- при обследовании врач должен занять относительно больного положение, которое называется классическим, или академическим: при пребывании больного в кровати врач располагается на стуле (табурете) справа лицом к пациенту в области тазовой его части; в условиях поликлинического приема врач садится на стул напротив пациента и несколько справа от него.

Первая встреча с больным, за исключением экстремальных ситуаций, должна проходить в такой последовательности: взаимное знакомство, при котором врач (студент-медик) должен представить свои основные данные - фамилию, имя, отчество, должность, профессию, цель общения. Разговор с нездоровым человеком должен осуществляться в атмосфере исключительного доверия, снисходительности, такта, доброжелательности, вежливости и других моральных факторов, которые не только создают атмосферу духовного единения между пациентом и лечащим врачом, но и становятся одним из оздоровительных принципов в комплексном лечении больного.

Обследования больного начинается с того, что ему задают вопрос. Ответ на эти вопросы называют анамнестическим (от греческого слова *anamnesis* — воспоминание). Совокупность сведений, полученных при расспросе больного называется анамнезом, а процесс получения этих сведений при собеседовании называется сбором анамнеза. Если анамнез собран с полнотой и достоверностью, то, как правило, удастся определить характер и причину заболевания.

Правила расспроса: при первом контакте с обследуемым врач знакомится с ним, уточняя паспортные сведения: фамилия, имя отчество, возраст, место жительства и место работы. Полученные при этом сведения важны не только для определения особенностей общения с больным в зависимости от образовательного и социального уровня, но и могут иметь определенное диагностическое значение. Беседа с больным должна быть неспешной, проходить в спокойных обстоятельствах, а врач терпеливым и внимательным. Расспрос требует такта, психологической способности войти в переживания больного, умения найти контакт с больным. Важно, чтобы сначала больной изложил все, что подавляет его. Сам характер изложения жалоб позволит определить насколько критически следует относиться к информации, полученной от больного.

Сведения о больном с расстройствами сознания можно получить от родственников, или лиц, которые сопровождали его; от участкового терапевта или семейного врача, а также из медицинской документации (направление в стационар, карта амбулаторного больного, выписка из истории болезни). Опрашивать родственников придется, если больной глухонемой и не может дать письменных ответов, если язык и письменные способности потеряны в результате поражения головного мозга.

Рассказ больного может быть непоследовательным, хаотическим и потому врач должен руководить в этой беседе, задавая дополнительные вопросы. При этом не следует быть очень назойливым, чтобы не вынуждать угодливых больных подтверждать то, что в них ищет врач. В то же время не следует позволять больному повести врача в направлении определенного, возможно неверного диагноза (если больной был уже на обследовании в других лечебных заведениях).

Расспросы проводят в такой последовательности: общие сведения о больном, жалобы больного и их детализация, опрос по системам органов, история развития заболевания, история жизни.

Жалобы

После паспортных сведений переходят к выяснению собственно жалоб, которые заставили больного обратиться к врачу. При этом не надо механически записывать все те жалобы, которые предъявляет больной, так как это может привести к ошибкам. При расспросе врач занимает лидирующую позицию и ведет пациента с учетом определенных алгоритмов диагностики. Он выясняет жалобы, пытаясь определить главные, ведущие, установить их характер. Примером могут служить жалобы при поражении бронхолегочной системы.

При заболеваниях органов дыхания, как и при разных других заболеваниях, жалобы условно разделяются на 2 вида:

- Непосредственно связаны с поражением дыхательной системы и верхних дыхательных путей (насморк, кашель, одышка, затруднение дыхания, боль в груди, выделение мокроты, кровохарканье и другое);
- Общего характера (слабость, головная боль, повышение температуры и др.)

При этом жалобы, связанные с непосредственным поражением системы дыхания, ведущие или основные. Изучение основных жалоб часто позволяет сделать вывод об общем характере заболевания. Детализируя эти жалобы, например, при жалобах на кашель выясняют, является он редким или частым, слабым или сильным, болезненным или безболезненным, периодическим или постоянным, сухим или с выделением мокроты; бывают ли приступы кашля и когда они возникают - днем или ночью. Частый и резкий кашель отмечается при пневмонии, бронхите, плеврите. Слабый и короткий кашель - при туберкулезе и эмфиземе. Но кашель и боль в грудной клетке могут быть связаны не только с легочной патологией, но и с патологией сердечно-сосудистой системы, в основе которых - застой крови в малом кругу кровообращения (сухой кашель, иногда с небольшим количеством мокроты).

При наличии болевого синдрома врач должен обнаружить:

- 1) условия, при которых эти боли возникли;

- 2) их характер;
- 3) их интенсивность;
- 4) их длительность;
- 5) их иррадиация;
- 6) от каких мероприятий они уменьшаются и др.

Для того чтобы не пропустить никаких симптомов и выяснить состояние функций всех органов, больного расспрашивают по определенной системе (*Status functionalis*).

Выясняют жалобы по каждой системе:

- 1) об изменении общего состояния (нет ли слабости, лихорадки, отеков и т. д.).
- 2) органов дыхания (кашель, одышка, боль в грудной клетке, кровохарканье и т. д.);
- 3) сердечно-сосудистой (боли, одышка, сердцебиение, перебои и т. д.);
- 4) пищеварения (аппетит, тошнота, рвота, изжога, боли, поносы, запоры и т. д.);
- 5) мочеотделения и половой (учащенное или болезненное мочеиспускание, задержка мочи, примеси крови в моче и т. д.);
- 6) нервной (сон, головокружение, головная боль, раздражительность, изменение памяти и др.);
- 7) органов чувств (состояние слуха, зрения и т. д.).

Эти жалобы, их детальное описание заносятся в соответствующие разделы.

В процессе выслушивания жалоб уточняется характер субъективных проявлений поражения, условий, при которых они ослабляются или усиливаются, а также другие особенности патологического процесса.

Анамнез болезни (*anamnesis morbi*)

При расспросе обнаруживают:

- когда началось заболевание;
- как оно началось;

- как оно протекало;
- какие проводились исследования, их результаты;
- какое проводилось лечение и какая его эффективность.

В процессе такого расспроса вырисовывается общее представление о болезни. Выясняя характер проявления болезни, прежде всего, следует выяснить остро или постепенно началось заболевание, не предшествовали ему подобные симптомы раньше. Необходимо выяснить возможные причины и условия его возникновения, их связь с переохлаждением или контактом с инфекционным больным. Если с данными симптомами больной обращается впервые, то выясняют действия больного, направленные на уменьшение их проявлений. Если у больного и раньше бывали подобные жалобы, то выясняют частоту их возникновения (наличие рецидивов или обострений, периодов ремиссий, их длительность). При этом уточняют ранее проведенные обследования и их результаты, используемые средства терапии (антибиотики, гормоны или сердечные гликозиды и т. д.), эффективность их применения.

Необходимо уточнить непосредственные мотивы, которые заставили больного обратиться в данное лечебно-профилактическое учреждение (купирование рецидива, уточнения диагноза и др.).

Анамнез жизни (*anamnesis vitae*)

Сведения о жизни больного имеют большое значение для выяснения характера этого заболевания и установления причин и условий его возникновения.

Сведения об истории жизни больного собирают по определенному плану.

Общепрофильные сведения:

- место рождения (некоторые болезни больше распространены в определенных местностях, например эндемический зоб);
- возраст родителей больного при его рождении;
- характер течения беременности (угроза выкидыша, инфекционные болезни, применения лекарственных веществ и т. д.);

- информация о родах (в срок, каким ребенком и от каких родов);
- особенности вскармливания (грудное или искусственное);
- общие условия жизни в детстве и юности (местность, семейные обстоятельства, жилищные условия, питания);
- особенности физического и умственного развития;
- время наступления половой зрелости.

Сведения о перенесенных инфекциях: детские инфекционные болезни (корь, скарлатина, дифтерия, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха, и пр.); тяжесть их течения, наличие осложнений; частые простудные инфекции (ОРВИ, грипп и др.), характер их проявления, наличие осложнений. Например, частые ангины с длительными лихорадочными состояниями, отеками и болями в суставах (развитие ревматоидного процесса) могут вызывать развитие осложнений со стороны дыхательной и выделительной систем; врожденные инфекционные заболевания (сифилис, листериоз и др.). Выясняют выезды в страны Африки, Азии, Южной Америки и т. д. (для выявления малярии, лейшманиоза, трипаносомоза и многих других инфекций).

Выясняют наличие хронических очагов инфекции у больного: гайморит, кариес зубов и т. д.

Выясняют производственные вредности: химические (ядохимикаты, пестициды и пр.), радиационные и т. д. Выясняют социальные вредности: склонность к пьянству, алкоголизму, наркомании, табакокурению, токсикомании и т. д.

Семейно-наследственный анамнез позволяет установить состояние здоровья родственников и так же помогает распознаванию заболеваний у данного больного. При наличии в семье больного туберкулезом есть опасность инфицирования всех членов семьи.

Важно не только обнаружить в окружении больного возможные источники инфекции, собирая семейно-наследственный анамнез, но также установить склонность к развитию определенных патологий, таких как

гипертоническая болезнь, атеросклероз, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др. Эти заболевания не являются наследственными, а есть фенотипическими, то есть такими, когда передается по наследству не сама болезнь, а лишь склонность к ней, способная развиться в болезнь под воздействием определенных внешних условий, таких как стресс, инфекция и др.

Аллергологический анамнез - выяснение определенной иммунологической (аллергологической) заинтересованности в соответствующих реакциях на патоген. В настоящее время все чаще встречаются извращенные реакции иммунной системы (аллергия) на разные вещества живой и неживой природы, а также на лекарственные вещества. В связи с урбанизацией, эпидемиями, войнами, нерациональным использованием лекарственных веществ, все чаще регистрируются аллергии среди практически здорового населения. Эти проявления могут быть разными: легкий вазомоторный ринит, крапивница, отек Квинке вплоть до развития анафилактического шока. Аллергия может носить полисистемный характер, который проявляется разными полиорганными нарушениями, потому перед назначением терапии необходимо выявить реакцию организма пациента на те или другие лекарственные вещества.

Тщательным образом расспросив больного, врач определяет критерии более глубокого и детального объективного исследования больного.

Основным документом стационара является история болезни, которая содержит такие основные части: паспортная, жалобы больного, опрос по системам, анамнез заболевания и жизни, объективное обследование больного, предполагаемый диагноз, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, заключительный клинический диагноз, лечение, дневники наблюдений и эпикриз. В случае летального исхода дается обоснование причины смерти. В историю болезни клеивают температурный лист и лист врачебных назначений, которые ведет медсестра. В обязанности медицинской сестры входит заполнение паспортной части истории болезни, ведение

температурного листа с регистрацией температуры тела, пульса, артериального давления, диуреза, наличия и характера стула и тому подобное в зависимости от профиля стационара. Лист врачебных назначений медицинская сестра должна вести аккуратно, следить за выполнением назначенных манипуляций, процедур и необходимого обследования.

Медицинская сестра должна аккуратно и в хронологическом порядке клеивать в историю болезни результаты клинического и лабораторного обследования больного.

Следует отметить, что история болезни - это и юридический документ, в который нельзя ничего вписывать, подклеивать, вытирать. Все исправления должны быть заверены ответственным лицом.

Осмотр является важным методом обследования больного. План осмотра включает общий осмотр, который позволяет обнаружить симптомы общего значения, а потом - участков тела: голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, слизистые оболочки, суставы. Общий осмотр отмечает: общее состояние больного, положение тела больного, состояние сознания, конституцию, массу тела, состояние питания, рост больного.

Общее положение больного

Принято различать несколько степеней общего состояния больного:

- удовлетворительное;
- средней тяжести;
- тяжелое;
- крайне тяжелое.

Общее состояние больного, который свободно двигается, ведет активный образ жизни, не требует ухода за собой, оценивается как удовлетворительное. Общее состояние при наличии боли, тошноты, рвоты (например, при язвенной болезни) оценивают как состояние средней тяжести. При заболеваниях, которые сопровождаются расстройствами сердечно - сосудистой деятельности, нарушением водно - электролитного равновесия состояние больных становится тяжелым, такие больные требуют

постороннего ухода. Коматозные состояния, во время которых у больных наблюдается полный обморок, приводят к крайне тяжелому состоянию.

Положения больного

Различают активное, пассивное и вынужденное положение больного. Активное положение - это такое, во время которого больной может ходить, сам себя обслуживать, произвольно изменять положение своего тела. Пассивным называется такое положение, при котором больной лежит неподвижно и не может самостоятельно изменить положение своего тела. Пассивное положение бывает обусловлено обмороком, тяжелым ранением, истощением. Вынужденное положение, при котором больной занимает положение, которое облегчает его страдание (например, положение ортопное во время приступа удушья; на здоровой стороне - при переломе ребер, на больной стороне - при сухом плеврите).

Состояние сознания

Кроме ясного сознания, когда больной разумно отвечает на все вопросы и хорошо ориентируется в окружающей обстановке, встречаются расстройства сознания: ступор, сопор, кома. *Ступорозное состояние* или оглушение, при котором больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопрос отвечает с опозданием. *Сопорозное состояние*, это состояние спячки во время которой сохранены все рефлексы; из этого состояния больного возможно вывести на короткое время в случае громкого обращения к нему (наблюдается во время воспаления мозга, некоторых инфекционных заболеваниях). *Коматозное состояние* характеризуется полным отсутствием сознания, исчезновением рефлексов, глубокими расстройствами дыхательной и сердечно-сосудистой функции. Различают такие виды коматозного состояния: алкогольная кома (при отравлении спиртными напитками); апоплексическая кома (в результате кровоизлияния в мозг); гипогликемическая кома (как осложнение при лечении инсулином, передозировки препаратом); диабетическая кома (у больных сахарным диабетом, нелеченых, или неправильно леченых); печеночная кома -

возникает в результате печеночной недостаточности; уремиическая кома развивается в случае острых и хронических заболеваний почек, вследствие почечной недостаточности.

Общий вид (habitus) больного включает конституцию, массу тела, рост.

Конституция - совокупность унаследованных и приобретенных анатомических и функциональных особенностей организма. Что характеризуют его реакции на влияние факторов окружающей и внутренней сред. Различают три конституциональных типа: нормостенический, астенический и гиперстенический.

Нормостенический тип характеризуется гармоничным пропорциональным развитием всех частей тела.

Астенический тип характеризуется преимуществом продольных размеров над поперечными, грудная клетка плоская и узкая, эпигастральный угол меньше 90°, лопатки отстают от грудной клетки.

Гиперстенический тип характеризуется преимуществом поперечных размеров над продольными, грудная клетка широкая, короткая, межреберные промежутки узкие, эпигастральный угол больше 90°.

Масса тела. Для определения индекса массы тела больного пользуются формулой:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$$

Например, вес в кг - 90; рост в м² - 1,85; результат - 26,3. Норма ИМТ: 18,5 - 24,9. Чрезмерное накопление жира в организме приводит к увеличению массы тела и соответственно ИМТ: > 30,0 - ожирение I стадии; > 35,0 - ожирение II стадии; > 40,0 - ожирение III стадии. Резкое исхудание, при котором исчезает подкожный жировой слой, называется истощением, или кахексией. Показатели ИМТ <18,5 - свидетельствуют о дефиците массы тела.

Рост. У взрослых мужчин рост колеблется в среднем в пределах от 165 до 180 см, а у женщин - от 155 до 170 см. Рост ниже этих показателей считается карликовым; выше 190 см - гигантским.

Осмотр кожи и слизистых оболочек во время исследования может дать важные признаки болезни. Обращают внимание на цвет, эластичность, влажность кожи, наличие высыпаний, рубцов.

Цвет кожи зависит от ряда факторов: степени развития сосудистой сетки, наполнения ее кровью, химического и морфологического состава крови, толщины кожи. *Бледная* окраска кожи разной степени наблюдается при анемиях, при наличии аортальных пороков сердца, кровотечениях, заболеваниях почек. *Покраснение* кожи может возникнуть в результате расширения сосудов кожи во время лихорадки, у больных эритремией, гипертонической болезнью, у лиц, которые длительное время работают на свежем воздухе. Синюшная расцветка кожи - *цианоз*. Причиной цианоза является увеличение содержания восстановленного гемоглобина в крови капилляров кожи и слизистых оболочек. Причиной общей синюшности кожи может быть нарушение артериализации крови в легких (центральный цианоз), или застое ее в периферических венах и капиллярах, который приводит к большей, чем в норме, отдаче кислорода тканям и накоплению восстановленного гемоглобина в венозной крови (периферический цианоз). Центральный вариант общей синюшности развивается при хронических легочных заболеваниях, отеке легких, тромбоэмболии легочной артерии. Синюшная окраска периферических частей тела - кончиков ушей, носа, пальцев рук, ног - называется акроцианоз. В основе акроцианоза лежит сердечная недостаточность с наличием замедления периферического кровообращения и увеличения содержания восстановленного гемоглобина крови.

Желтуха характеризуется желтой окраской кожи, слизистых оболочек и склер в результате накопления в тканях билирубина. Желтуха встречается при заболеваниях печени, желчных протоков, поджелудочной железы. Бронзовый цвет кожи отмечается при развитии хронической недостаточности коры надпочечников (болезнь Аддисона), при малярии (меланоз).

При осмотре кожи следует обратить внимание на наличие рубцов после ранений, операций и заживлений, и высыпаний: эритема, кровоизлияния, пролежни.

Эластичность, или степень напряжения кожи определяют, когда берут ее двумя пальцами в складку на разгибательной поверхности предплечья, брюшной стенки. В случае сохранения эластичности кожи складка после отнятия пальцев моментально расправляется, а в случае снижения расправляется вяло, медленно.

Влажность кожи, чрезмерное потоотделение наблюдается у больных лихорадкой, при падении температуры, которая возникает во время инфекционных заболеваний, тиреотоксикозе, туберкулезе, малярии. Сухость кожи наблюдается при наличии неукротимой рвоты, профузного поноса, непроходимости привратника.

Отек развивается в результате усиленного выхода жидкости из сосудистого русла и накопление ее во внеклеточных пространствах тканей. Местный отек чаще всего возникает в результате затруднения оттока крови из вен, например, при их закупорке тромбом в определенной части тела (верхняя конечность, стопа), сдавления ее опухолью или увеличенным лимфатическим узлом. Общий массивный отек, который развивается в результате значительного накопления жидкости в подкожной клетчатке, носит название анасарки. Накопление отечной жидкости (транссудата) в серозной полости тела имеет общее название водянка (hydrops), в брюшной полости - асцит (ascites), в плевральной - гидроторакс (hydrothorax), в перикардальной - гидроперекард (hydropericardium).

Различают отеки сердечного и почечного происхождения. Сердечные отеки локализуются на нижних конечностях, возникают в вечернее время, твердые при нажатии, холодные, кожа над ними имеет синюшную окраску.

Отеки почечного генеза локализуются на лице, веках, возникают утром, мягкой консистенции, теплые, кожа над ними бледная.

Суставы. При исследовании суставов обращают внимание на их конфигурацию, активные и пассивные движения, отеки, покраснения около суставных участков. Изменения крупных суставов характерно для обострения ревматизма. Ревматоидный артрит поражает мелкие суставы кистей и стоп, а в случае прогрессирования болезни - деформацию суставов. У больных подагрическим артритом достаточно часто отмечаются утолщения (так называемые геберденовы узелки) в области суставных концов последних фаланг пальцев рук и ног.

Во время осмотра кистей рук иногда можно обнаружить утолщение конечных фаланг пальцев в виде барабанных палочек. Причем отмечают выпуклость ногтей, их форма напоминает форму часовых стеклышек. Этот феномен наблюдается при наличии хронического абсцесса, кавернозного туберкулеза легких, затяжного инфекционного эндокардита.

Тема 3. Определение и регистрация основных показателей жизнедеятельности больного (гемодинамики, дыхания, температуры тела). Уход за больными с лихорадкой

Пульс, основные его свойства. Методика исследования пульса на лучевых артериях. Сосуды, доступные для пальпации. Основные правила остановки кровотечения из артериальных и венозных сосудов, наложения кровоостанавливающего жгута.

Артериальное давление и правила его измерения на плечевой артерии. Нормальные показатели артериального давления. Первая доврачебная помощь больным при снижении и повышении артериального давления.

Основные правила определения частоты, глубины, типа, ритма дыхания. Первая помощь больным при кашле, одышке, удушье.

Роль температурного гомеостаза в обеспечении жизнедеятельности организма. Методы измерения температуры тела. Термометры, их строение, хранение, дезинфекция. Методика измерения температуры тела ртутным термометром. Современные термометры - электрические, на основе жидких кристаллов. Виды температурных кривых. Регистрация температуры тела и

температурных кривых в температурных листах. Уход за больными с повышенной температурой тела при лихорадке и ознобе.

Классификация медикаментозных средств по путям введения в организм больного. Формы лекарственных средств. Роль и обязанности медицинского персонала по обеспечению больных медикаментозными средствами. Правила раздачи таблетированных и жидких медикаментозных средств для перорального приема. Принципы хранения медикаментозных средств.

Механизм действия на организм физиотерапевтических процедур. Применение банок, горчичников, компрессов, грелки, пузыря со льдом. Основные показания и противопоказания к их использованию. Правила обработки банок, грелок, пузыря для льда после использования. Самые простые световые и гидротерапевтические процедуры. Правила обработки ванн и инструментария, которые использовались при процедурах. Особенности уборки помещений, в которых проводятся физиотерапевтические процедуры. Уход за больными во время приема физиотерапевтических процедур и оказание им необходимой доврачебной помощи в случаях развития осложнений.

Пульс - это колебание стенки артерии в результате движения крови и изменения давления в сосудах при каждом сокращении сердца. Характер пульса зависит от деятельности сердца и состояния артерий. Он изменяется также при психическом возбуждении, физической работе, колебаниях окружающей температуры, при воздействии введенных лекарственных препаратов, алкоголя.

Самым простым методом исследования пульса является его пальпация, которую проводят там, где артерии размещены поверхностно. Чаще всего пульс определяют на лучевой артерии (на ладонной поверхности предплечья около основания большого пальца). Определение пульса проводят одновременно на обеих руках. Руки пациента должны находиться на уровне сердца в положении, среднем между супинацией и пронацией. Пульс на правой руке исследуют левой рукой, на левой - правой. Захватывают руку

исследуемого в участке лучезапястного сустава большим пальцем извне и снизу, а щепотками II - IV пальцев - сверху и, почувствовав артерию в отмеченном месте, с умеренной силой прижимают ее к внутренней поверхности лучевой кости. При одинаковых свойствах пульса на обеих руках исследование продолжают на одной руке. Почувствовав пульсовую волну, в первую очередь обращают внимание на частоту пульса, его ритм, наполнение и напряжение.

Частота пульса - это количество пульсовых колебаний (волн) в 1 мин. У здорового человека количество пульсовых волн отвечает количеству сердечных сокращений и равняется 60-100 в 1 мин. Частоту сердечных сокращений свыше 100 в 1 мин. называют тахикардией, а частоту сердечных сокращений меньше чем 60 в 1 мин. - брадикардией. Чтобы определить частоту пульса в 1 мин. подсчет проводят в течение 30 сек., полученное число умножают на 2. Если пульс аритмичен или частота больше или меньше обычной, то, чтобы не ошибиться, повторно считают пульс в течение 1 мин. Частоту, ритм, наполнение и напряжение пульса записывают ежедневно в медицинской карточке стационарного больного, а на температурном листе частоту пульса отмечают красным цветом со следующим изображением в виде кривой линии, аналогично изображению температуры тела. В физиологических условиях частота пульса зависит от многих факторов: возраста - наибольшая частота пульса в первые годы жизни; физической нагрузки, во время которой пульс ускоряется; физиологического состояния - во время сна пульс замедляется; пола - у женщин пульс более частый на 5-10 ударов, чем у мужчин; от психологического состояния - при страхе, гневе, боли пульс ускоряется. Причиной длительной тахикардии может быть повышение температуры тела (правило Либермейстера: повышение температуры тела на 1°C ускоряет пульс на 8 - 10 ударов в 1 мин.). Особенно тревожным симптомом является падение температуры с тахикардией, которая нарастает. Замедление пульса, при котором количество пульсовых волн уменьшается до 40 в 1 мин. и ниже, также должно насторожить медицинского

работника. Брадикардия наблюдается у пациентов, которые выздоравливают после тяжелых инфекционных заболеваний, заболеваний мозга, а также при повреждении проводниковой системы сердца.

Наполнением пульса называют степень наполнения кровью артерии во время систолы сердца. Оно зависит от величины сердечного выброса, то есть от количества крови, которое выбрасывает сердце в сосуды во время своего сокращения. При хорошем наполнении ощущаются под пальцами высокие пульсовые волны, при плохом - малые пульсовые волны. Частый, едва ощутимый пульс называется нитевидным.

Напряжением пульса называют степень сопротивления артерии натиску пальца. Его определяет сила, с которой нужно прижать стенку артерии, чтобы прекратить пульсацию. Напряжение пульса зависит от давления крови в артерии, что обусловлено деятельностью сердца и тонусом сосудистой стенки. При заболеваниях, которые сопровождаются повышением тонуса артерии, например при гипертонической болезни, сосуд сдавить трудно. Такой пульс называют напряженным, или твердым. Напротив, при резком падении артериального тонуса, например при коллапсе, достаточно легко нажать на артерию и пульс исчезает. Такой пульс называют мягким.

У здорового человека сердце сокращается ритмично с одинаковыми интервалами между пульсовыми волнами. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы часто возникают нарушения ритма сердечных сокращений, которые называют аритмиями.

Артериальное давление - это давление крови на стенки сосудов. Измерение артериального давления является важным диагностическим методом. Этот показатель отображает силу сокращения сердца, прилив крови в артериальную систему, сопротивление и эластичность периферических сосудов.

Измерение артериального давления служит незаменимым диагностическим методом во время обследования больных. Руководствуясь показателями артериального давления, можно сложить представление о

степени тяжести шока или коллапса, о величине кровопотери. Различают максимальное (систолическое) давление, которое возникает в момент систолы сердца, когда пульсовая волна достигает наивысшего уровня, минимальное (диастолическое) давление, которое возникает в конце диастолы сердца во время падения пульсовой волны, и пульсовое (разница между величинами систолического и диастолического давления). В норме систолическое артериальное давление колеблется от 100 до 140 мм рт. ст., диастолическое - от 60 до 90 мм рт. ст. в зависимости от физического и психического состояния человека. Суточные колебания находятся в пределах 10-20 мм рт. ст. Утром давление несколько ниже, чем вечером. В зависимости от разных физиологических процессов (усталость, возбуждение, потребление пищи) уровень артериального давления может изменяться. С возрастом артериальное давление несколько повышается.

Повышение артериального давления выше нормы называют артериальной гипертензией, а снижение - артериальной гипотензией.

Для измерения артериального давления используют мембранный или электронный сфигмоманометр.

Мембранный сфигмоманометр состоит из манжетки шириной 14 см, которая во время накачивания воздухом сжимает артерию, мембранного манометра, резиновой груши, с помощью которой происходит накачивание воздуха в манжетку. Для определения тонов применяют фонендоскоп. Для измерения артериального давления выбирают тихое помещение. Больной находится в положении, лежа или сидя. Рука, на которую накладывают манжетку, должна по возможности находиться на уровне его сердца. Нужно следить за тем, чтобы больной находился в удобном расслабленном положении, потому что напряжение мышц конечностей, брюшного пресса ведет к повышению артериального давления. На среднюю треть плеча накладывают манжетку так, чтобы между ней и кожей проходил палец. Не нужно накладывать манжетку поверх одежды, сдавливать плечо плотно прилегающим рукавом верхней одежды, потому что это может повлиять на

точность измерения. Руку больного размещают ладонью вверх, медиальнее локтевой ямки пальпируют место наиболее выраженной пульсации плечевой артерии. В уши медработник вставляет наушники фонендоскопа, его диафрагму без особенного нажима прикладывает к месту пульсации плечевой артерии. Перекрывает воздушный вентиль и с помощью груши увеличивает давление воздуха в манжетке. Во время повышения давления в манжетке прислушиваются к артериальным тонам. Давление необходимо повышать до тех пор, пока слышно пульсацию. Когда пульсация прекращается, давление повышают еще на 20 - 30 мм рт. ст.

Путем незначительного ослабления винта воздушного вентиля медленно выпускают воздух так, чтобы стрелка опускалась медленно. При этом нужно внимательно прислушиваться к звукам в наушниках. В то время, когда появляется пульсация, фиксируют систолическое артериальное давление, исчезновение пульсации отвечает диастолическому давлению. Открывают полностью вентиль груши, выпускают воздух из манжетки, разъединяют аппарат с манжеткой, снимают ее с плеча. Если пациенту измеряют артериальное давление впервые и оно оказалось повышенным, то измерения повторяют еще 2 раза с промежутками времени в 2 - 3 мин. Из трех измерений выбирают наименьшие цифры. Записывают результаты измерений артериального давления цифровым методом (например, 125/80 мм рт. ст.) или графическим в виде столбика в температурном листе. Необходимо быть особенно внимательным во время измерения артериального давления больным, у которых имеет место брадикардия или аритмия. В случае ожирения, когда для плеча не хватает манжетки, можно наложить ее на предплечье и определить артериальное давление, выслушивая тоны на лучевой артерии.

У здорового человека в нормальных условиях частота дыхания составляет от 14 до 20 в 1 мин. Под *одышкой* понимают изменение частоты, глубины, ритма дыхания, которое сопровождается субъективным ощущением нехватки воздуха. Одышка может сопровождаться резким ускорением

дыхания (тахипноэ) и его замедлением (брадипноэ), вплоть до полной остановки дыхания (апноэ). В зависимости от того, какая фаза дыхания становится затрудненной, различают *инспираторную* (которая проявляется затрудненным вдохом и встречается, например, при сужении трахеи и больших бронхов), *экспираторную* (затрудненный выдох при спазме мелких бронхов и скоплении в их просвете вязкого секрета) и *смешанную* одышку.

Удушье- это внезапный приступ сильной одышки.

Кашель - сложный защитно-рефлекторный акт, который возникает в результате попадания в дыхательные пути посторонних предметов и скопления там секрета (мокроты, слизи, крови), появляющегося при развитии разных воспалительных процессов. Опрашивая больных, нужно выяснить характер кашля, время его появления, длительность и др. По своему характеру кашель может быть сухим и влажным, с выделением разного количества мокроты. Важно также выяснить, является кашель постоянным или возникает в виде приступов, он интенсивный или незначительный, в какое время появляется.

Кровохарканье. Кровь, которая появляется в мокроте, может быть свежей или измененной. Часто кровохарканье наблюдается при туберкулезе легких, бронхоэктатической болезни, абсцессе, гангрене, раке легких, иногда - гриппозном воспалении легких. Свежая красная кровь в мокроте появляется при наличии туберкулеза легких, бронхогенного рака, бронхоэктатической болезни, актиномикоза легких. У больных крупозной пневмонией во второй стадии развития болезни кровь имеет ржавый оттенок. Нередко кровохарканье возникает у больных с поражением сердца (митральный стеноз, инфаркт миокарда), что обусловлено наличием застойных явлений и инфаркта легких.

Острая дыхательная недостаточность - это остро развивающееся болезненное состояние, при котором даже предельное напряжение механизмов жизнедеятельности организма является недостаточным для снабжения его тканей необходимым количеством кислорода и выведения углекислого газа. Причины дыхательной недостаточности могут быть связаны

с поражением центральной нервной системы (комы, которые при отравлении угарным газом, интоксикациях, отеке мозга); нарушением бронхиальной проходимости (наличие посторонних тел, утопление, бронхоспазм); поражением легочной ткани (воспаление легких, бронхоспазм и др.).

Боль в области грудной клетки может возникать в результате патологического процесса в грудной стенке, органах дыхания, сердце или аорте, а также может быть обусловлена иррадиацией в грудную клетку из позвоночника, органов брюшной полости и тому подобное. Чаще всего боль в грудной клетке возникает в случае повреждения плевры (во время развития сухого плеврита, в начале экссудативного плеврита, при наличии плевральных спаек, опухоли плевры), также заболеваний легких (пневмония, инфаркт, туберкулез, рак), в процессе развития которых в воспалительный процесс втягивается плевра. Плевральная боль появляется во время глубокого вдоха. Для уменьшения интенсивности боли больной дышит поверхностно, задерживает кашлевые движения, лежит на больной стороне.

Типы дыхания. Дыхание может быть *грудным* (реберным), *брюшным* (диафрагмальным) и *смешанным*. В случае грудного типа дыхания дыхательные движения осуществляются в основном с помощью сокращения межреберных мышц (больше свойственно женщинам). При наличии брюшного дыхания, которое свойственно больше мужчинам, основное участие в дыхании принимает диафрагма. Во время смешанного типа дыхания дыхательные движения осуществляются одновременно за счет сокращения нижних межреберных мышц и диафрагмы. Этот тип дыхания встречается у лиц старшего возраста, у больных эмфиземой легких, пневмосклерозом.

Частота дыхания. У здоровых людей число дыхательных движений составляет 16-20 за 1 мин. Ускоренное дыхание может наблюдаться и у здоровых людей после физических нагрузок и во время нервного возбуждения. Обычно оно бывает кратковременным. Патологическое ускорение дыхания возникает в случае повышения температуры (раздражение дыхательного центра нагретой кровью), разными заболеваниями легких

(пневмония, туберкулез, рак, инфаркт, эмфизема легких и тому подобное), при наличии которых уменьшается дыхательная поверхность, а также уменьшается в крови уровень кислорода (гипоксемия) и накапливается в ней углекислота (гиперкапния). Ускоренное дыхание также наблюдается у больных с заболеваниями сердечнососудистой системы и тяжелой анемией. Замедленное дыхание наблюдается при всех заболеваниях, которые приводят к подавлению функции дыхательного центра. Это может наблюдаться в случае развития некоторых тяжелых заболеваний головного мозга (опухоли, кровоизлияния в мозг), тяжелых инфекционных болезней, уремии, а также повреждения печени (в результате накопления в крови токсичных продуктов) и во время некоторых отравлений (например, морфием). При наличии некоторых состояний (диабетическая кома) дыхание бывает не только замедленным, но и глубоким, шумным. Такое дыхание называется *большим дыханием Куссмауля* (обусловлено развитием ацидоза). Иногда такой тип дыхания может отмечаться и во время развития уремической и печеночной комы.

Нарушение ритма дыхания может быть обусловлено тяжелыми заболеваниями, которые сопровождаются расстройствами кровообращения в участке дыхательного центра и поражением головного мозга. Если же нарушение ритма повторяется через определенное время, то такое дыхание называется периодическим. К нему относятся дыхание Чейна-Стокса и Биота.

Дыхание Чейна-Стокса. После паузы, что длится 10-30 сек., наступает поверхностное дыхание, которое постепенно усиливается. После нескольких очень глубоких вдохов дыхательные движения постепенно слабеют, дыхание становится поверхностным и опять наступает пауза. Длительность периода дыхательных движений колеблется от 15 до 55 сек. Этот тип дыхания наблюдается при таких условиях: нарушение мозгового кровообращения у больных атеросклерозом, гипертонической болезнью, кровоизлияние в мозг, развитие опухолей мозга, тяжелые интоксикации и отравление наркотическими средствами (морфий) и тому подобное.

Дыхание Биота. После паузы (длится от нескольких секунд до полминуты) и нескольких обычных движений через правильные или неправильные промежутки времени опять наступает пауза. Механизм его возникновения таков, как и механизм развития дыхания Чейна-Стокса. Отмечается у больных менингитом и другими тяжелыми заболеваниями головного мозга. Нередко бывает во время агонии и является обычно признаком близкой смерти.

Лихорадка (лат.- febris, грецк.- pyrexia) - это типичный патологический процесс, который возникает у высших теплокровных животных и человека при влиянии на организм пирогенных раздражителей.

Лихорадка проявляется временным повышением температуры тела в не зависимости от температуры внешней среды и обычно сопровождается рядом характерных изменений обмена веществ и физиологических функций.

Виды лихорадки

В зависимости от степени повышения температуры различают такую температуру тела: 1) субфебрильная - от 37°C до 38°C; 2) умеренно повышенная (фебрильна) - от 38°C до 39°C; 3) высокая - от 39°C до 40°C; 4) сверхвысокая (гектическая) - от 40°C до 41°C; 5) гиперпиретическая - свыше 41°C.

По продолжительности различают такие виды лихорадки:

1) быстро проходящая (эфемерная) - febris ephemera. Длится несколько часов. Случается при гриппе, респираторных вирусных инфекциях; 2) острая - febris acuta. Длится до 2 недель. Характерна для острого бронхита, пневмонии; 3) подострая - febris subacuta. Длится до 45 дней. Характерна для ревматизма в стадии обострения, хронического бронхита; 4) хроническая - febris chronica. Длится свыше 45 дней. Характерна для туберкулеза, хронического тонзиллита, сепсиса.

По характеру температурной кривой различают такие типы лихорадки.

1. Лихорадка постоянная, или постоянного типа - *febris continua*: уровень температуры обычно высок разница между утренней и вечерней температурой тела колеблется в пределах $0,5-1^{\circ}\text{C}$. Характерна для крупозной пневмонии, брюшного и сыпного тифа, ревматизма.

2. Лихорадка послабляющая, ремиттирующего типа - *febris remittens*: разница между утренней и вечерней температурой колеблется в пределах $1-2^{\circ}\text{C}$, а иногда и больше; утром температура тела падает ниже 38°C , но не снижается до нормального уровня. Характерна для гнойных заболеваний, очагового воспаления легких.

3. Лихорадка перемежающаяся, интермиттирующего типа - *febris intermittens*: наблюдается периодическое, приблизительно через равные промежутки времени (от 1 до 3 суток), в большинстве случаев резкое повышение температуры тела (чаще во второй половине дня, иногда ночью) на несколько часов со следующим ее снижением до нормального уровня. Характерна для малярии.

4. Лихорадка истощающая, гектического типа - *febris hectica*: это длительная лихорадка с суточными колебаниями температуры, которые достигают до $4-5^{\circ}\text{C}$, с повышением температуры тела до $40-41^{\circ}\text{C}$ вечером и ночью и утренним ее падением до субфебрильных или нормальных величин. Эти колебания температуры вызывают слишком тяжелое состояние больного. Наблюдается при сепсисе, гнойных заболеваниях, активном туберкулезе с очагами в легочной ткани.

5. Лихорадка обратного, извращенного, или инвертированного типа - *febris inversa*: подобна лихорадке гектического типа, но максимум температуры наблюдается утром, а вечером она падает до нормальных или субфебрильных величин. Характерная для сепсиса, тяжелых форм туберкулеза.

6. Лихорадка возвратного типа - *febris recurrens*: наблюдается смена многодневных лихорадочных периодов с безлихорадочными (периоды апиреksии). Характерна для поворотного тифа.

7. Лихорадка волнообразного или ундулирующего типа - *febris undulans*: наблюдается постепенное повышение температуры тела в течение определенного срока со следующим ее литическим падением и более-менее длительным безлихорадочным периодом. Характерна для лимфогранулематоза, бруцеллеза.

8. Лихорадка нерегулярного типа - *febris irregularis*, которая еще называется атипичной - *febris atipica*: непостоянной длительности с неправильными и разнообразными суточными колебаниями температуры тела в виде постоянной, послабляющей, перемежающей, обратной и других лихорадок и их разных сочетаний. Характерна для многих заболеваний, например, ревматизма, хронического бронхита, холецистита.

Стадии лихорадки

Различают 3 стадии лихорадки.

I. Стадия повышения температуры тела - *stadium incrementum*. Длится несколько часов, дней, недель.

Патогенез. Характеризуется тем, что теплопродукция превышает теплоотдачу. Теплоотдача уменьшается в результате сужения периферических сосудов, уменьшения прилива крови к коже, торможения потоотделения, уменьшения отдачи тепла кожей. Возникает сокращение гладких мышц волосяных луковиц (образуется так называемая гусиная кожа (*piloarexia*)). Теплопродукция увеличивается за счет, активизации обмена веществ в скелетных мышцах (сократительный термогенез) на фоне повышения мышечного тонуса и возникновения мышечного дрожания.

В результате уменьшения прилива крови к коже ее температура снижается, иногда на несколько градусов. Это приводит к возбуждению терморцепторов кожи и возникает озноб (*rigor*). В ответ на это к центру терморегуляции поступают эфферентные импульсы по двигательным нейронам и возникает дрожание скелетных мышц.

Клиническая картина. Больной жалуется на дрожь, головную боль, слабость, разбитость, боль в мышцах, усиленное сердцебиение, одышку,

жажду. Иногда наблюдается бледность кожи, цианоз конечностей. Пульс ускоренный, артериальное давление нормальное или повышенное. Дыхание ускорено, поверхностно. Язык обложен. Иногда возникают запоры, задержка мочеотделения.

В этой стадии лихорадки у больного могут наблюдаться обморок, возбуждение, бред, галлюцинации.

Уход за больными. В этот период следят за пульсом, артериальным давлением, дыханием, состоянием сознания, физиологическими отправлениями, кожей. Такие больные обычно находятся на строгом постельном режиме. Их необходимо постоянно согревать: тепло укрыть одеялом, обложить теплыми грелками, давать в большом количестве горячие напитки (чай, морс, отвар шиповника, соки). Много внимания следует уделять питанию таких больных. Им надо давать жидкую или полужидкую высококалорийную пищу, много соков. Кормить больных следует небольшими порциями, 5-6 раз на день. Иногда прибегают к искусственному питанию - питательные клизмы, внутривенное введение глюкозы.

Поскольку эти больные находятся на постельном режиме, надо своевременно подавать им судно, мочеприемник. При запорах следует делать очистительную клизму. При задержке мочеиспускания, особенно при обморочном состоянии больного, делают катетеризацию мочевого пузыря. Следят за состоянием кожи (профилактика пролежней), ротовой полости. По назначению врача вводят сердечные средства, дают дышать кислородом.

Мероприятия, которые уменьшают лихорадку и головную боль: холодные водно-уксусные примочки на голову, пузырь с льдом на голову, обтирание тела больного водой комнатной температуры с добавлением уксуса, влажное окутывание обнаженного больного, обнажение больного и включение вентилятора.

При гипертермии тяжелого течения, которая не поддается никаким лечебным мероприятиям, рекомендуют обложить больной пузырьками со

льдом, внутривенное введение охлажденного изотонического раствора натрия хлорида, клизмы с холодной водой.

II. Стадия сохранения постоянной температуры тела на высоком уровне - stadium stabile. Длится от нескольких часов до нескольких недель, в зависимости от вида болезни и реактивности организма.

Патогенез. В начале стадии процессы теплообразования и теплоотдачи приблизительно уравновешены. В дальнейшем теплоотдача увеличивается, перевешивая теплопродукцию, температура тела не повышается. Включение теплоотдачи происходит за счет расширения периферических сосудов, поэтому бледность кожи уступает местом ее покраснению. У больного возникает ощущение жара. В этот период нарушается обмен веществ за счет распада углеводов, жиров, белков; из-за отсутствия аппетита и нарушения секреции пищеварительных желез уменьшается всасывание питательных веществ, усиливаются процессы аутоинтоксикации организма.

Клиническая картина. Больной жалуется на ощущение жара, головную боль, боль в мышцах, жажду, отсутствие аппетита.

Возможное покраснение кожи, на ощупь она становится горячей. Пульс ускорен. Артериальное давление нормальное или сниженное. Дыхание ускоренное, поверхностное. Язык сухой, покрытый густым белым налетом, при плохом уходе может дать трещины. Иногда возникают явления психического возбуждения больного, головокружения, обморок.

Уход за больными такой же, как и при I стадии лихорадки, с определенными особенностями. Употребление жидкости должно быть еще интенсивнее. Как можно больше ограничить кухонную соль. Потребность в витаминах в это время повышается, потому необходимо увеличить количество фруктовых соков, отвара шиповника.

Больной в II стадии лихорадки часто бывает очень возбужденным. Поэтому важно пристально следить за больным. Его необходимо изолировать и поставить около него индивидуальный пост. Кровать надо оградить боковыми сетками. Через нехватку слюноотделения у лихорадочных больных

часто наблюдается сухость слизистых оболочек ротовой полости вплоть до образования корок и трещин на губах и языке. Поэтому следует обрабатывать ротовую полость 3 % раствором натрия гидрокарбоната, 10 % раствором буры на глицерине, смазывать губы вазелиновым маслом. С целью удаления с поверхности кожи продуктов обмена, которые накопились, и для улучшения выделительной функции кожи следует делать влажное обтирание больного. Своевременно менять влажное нательное и постельное белье. Больные в этой стадии, как правило, слабые, немощные, находятся на постельном режиме. Поэтому не следует забывать своевременно подавать им судно и мочеприемник.

III. Стадия снижения температуры тела.

В этой стадии образование тепла в организме снижается, а теплоотдача растет. Снижение температуры тела может происходить двумя путями — критическим и литическим.

Критическое снижение температуры тела (crisis) характеризуется скорым, в течение нескольких часов, снижением температуры тела с 41-40°C до 37-36°C. Больной, как правило, находится в тяжелом состоянии. В это время может возникнуть острая сердечная и сосудистая недостаточность (коллапс), которая может вызвать смерть больного. Она проявляется определенной клинической картиной. Больные жалуются на слабость, ощущение холода, жажду, головную боль, бессонницу, сердцебиение, одышку.

При объективном исследовании обнаруживают бледность кожи, позже цианоз. Она покрывается холодным липким потом. Конечности холодеют. Пульс ускорен, слабого наполнения (нитевидный пульс), артериальное давление падает, иногда до угрожающих цифр, дыхание становится ускоренным и поверхностным. Больной падает в обморок, зрачки расширяются, могут возникнуть судороги.

Литическое снижение температуры тела (lysis) с высоких до нормальных цифр происходит в течение 2-3 суток. Состояние больного

постепенно улучшается. В это время он требует большого количества жидкости, высококалорийной витаминизированной диеты, частой перемены постельного и нательного белья (в виду чрезмерного потения больного).

Уход за больными в этой стадии бывает общим и специальным. Общий уход включает согревание теплыми грелками и большим количеством теплого питья. Поскольку после этого повышается потоотделение, больного необходимо обтирать сухим полотенцем, часто переодевать в сухое чистое белье, менять постельное белье.

Специальный уход включает наблюдение за пульсом, артериальным давлением, дыханием, состоянием сознания, физиологическими отправлениями организма. Для улучшения кровоснабжения мозга необходимо, чтобы голова больного находилась ниже ног, потому следует убрать подушку, ножной конец кровати поднять на 30-40 см. Медикаментозные препараты вводят только по назначению врача. Обычно назначают парентеральное введение анальгина и димедрола.

Применение разных лекарственных препаратов называется фармакотерапией. Она включает естественные вещества (травы, минералы и тому подобное), а также вещества, синтезированные химическим путем.

Фармакотерапевтические препараты по своему лечебному влиянию на организм человека делятся таким образом.

По механизму терапевтического действия:

1. *Этиотропная* - лекарственный препарат непосредственно влияют на причину, которая вызывала заболевание (например, антибиотики, сульфаниламидные препараты уничтожают возбудителей воспалительных или инфекционных заболеваний).

2. *Патогенетическая* - лекарственный препарат влияет на определенные звенья патологического процесса (применение гипотензивных препаратов у больных гипертонической болезнью).

3. *Симптоматическая* - лекарственный препарат назначают с целью устранения определенного симптома (применение препаратов от головной

боли у больного с гипертоническим кризом).

4. *Заместительная* - лекарственный препарат заполняет недостаток какого-то вещества в организме (витамины, гормоны, ферменты).

По месту действия:

1. *Местная* - препарат действует на ткань, которая непосредственно сталкивается с ним (мази, пасты, присыпки и тому подобное).

2. *Общая* - препарат влияет на организм в целом после попадания его в кровь.

Также различают *главное* действие лекарственного препарата, когда он действует в соответствии с целью своего назначения, и *побочные*, когда препарат негативно влияет на организм, что проявляется: а) непереносимостью препарата (так называемая идиосинкразия) со последующими аллергическими реакциями, проявлениями той или другой болезни (например, возникновение кандидомикоза при употреблении антибиотиков); б) возникновением толерантности (привыкания) к лекарственному препарату, который употребляется в течение длительного времени. Например, при длительном употреблении нитроглицерина его эффективность значительно падает и, чтобы достичь лечебного эффекта, надо давать больному большую дозу этого препарата.

Терапевтическое действие любого лекарственного вещества проявляется только при введении определенного его количества. С учетом этого существуют такие дозы введения.

1. *Терапевтическая* (среднетерапевтическая) - это обычная доза лекарственного препарата, которая колеблется в зависимости от возраста, пола больного, физического состояния организма, наличия других болезней. При этом различают разовую и суточную дозы.

2. *Токсичная* доза вызывает отравление организма.

3. *Смертельная* доза вызывает смерть больного.

Следует знать, что в случае назначения нескольких препаратов может возникать потенцирование, то есть усиление действия лекарственных

препаратов; несовместимость лекарственных препаратов, которая бывает химической (одновременное назначение препаратов, которые имеют кислую и щелочную реакции), фармакологической, когда одновременно употребляются препараты, которые имеют противоположное влияние на одни и те же органы или их функции.

Энтеральное введение лекарственных препаратов. Введение лекарственных препаратов через рот - перорально. Этот способ является самым распространенным, потому что имеет значительные преимущества, а именно: является наиболее физиологичным; удобным в пользовании; дает возможность применять разные врачебные формы; в некоторых случаях, когда надо непосредственно влиять на пищеварительный тракт, он становится незаменимым. Примером этому могут быть введение антисекреторных (противокислотных) препаратов, которые тормозят повышенную выработку хлористоводородной кислоты клетками слизистых желез желудка при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, или введение пищеварительных ферментов при нарушении секреции пищеварительных желез. Метод введения лекарственных препаратов через рот имеет определенные недостатки: введенный препарат в течение длительного времени не всасывается; возникают трудности в создании и поддержке определенной концентрации лекарственного препарата в крови; некоторые лекарственные препараты разрушаются в пищеварительном канале или печени; определенные группы препаратов (например, салицилаты) вызывают значительное раздражение пищеварительного канала; введение лекарственного препарата таким путем невозможно, если у больного нарушен акт глотания; пероральным путем трудно вводить лекарственные препараты детям, психическим больным, возбужденным больным. Пероральным путем вводят твердые (таблетки, порошки, капсулы, драже) и жидкие (микстуры, отвары, настойки, настои, эмульсии) врачебные формы. При пероральном назначении лекарственных препаратов следует учитывать такие факторы: если лекарственный препарат раздражает пищеварительный канал

(ацетилсалициловая кислота, препараты железа), следует употреблять его после еды; препараты, которые стимулируют пищеварение (желчегонные, ферментные, желудочный сок), употребляют во время еды; антисекреторные препараты, которые уменьшают кислотность желудочного сока, употребляют перед едой.

Вводить лекарственные препараты можно через прямую кишку - ректально. *Показания:* заболевания прямой кишки (геморрой, воспаление слизистой оболочки), неукротимая рвота, непроходимость пищевода, нарушение акта глотания, а также возбужденные душевнобольные. *Преимущества метода:* дает возможность непосредственно влиять на пораженную слизистую оболочку прямой кишки; через наличие анастомозов между геморроидальными и подвздошными венами лекарства, которые всасываются в прямой кишке, обходят воротную вену и печень, а потому не разрушаются в последней. Недостатки этого метода заключаются в том, что большинство лекарственных препаратов не всасываются в прямой кишке и это ограничивает количество препаратов, которые можно вводить этим путем (например, глюкоза, хлоралгидрат, сердечные гликозиды в изотоническом растворе натрия хлорида). Ректальное введение лекарственных препаратов можно выполнять двумя методами: 1-й - применение лекарственного препарата резорбтивного, то есть общего, действия, который вводят с целью влияния на организм в целом. При этом применяют лечебные микроклизмы, капельные клизмы, лечебные свечи; 2-й - применение лекарственного препарата местного действия, например, при геморрое, воспалении слизистой оболочки прямой кишки.

Вводить лекарственные препараты можно под язык - сублингвально. *Преимущества метода* - слизистая оболочка ротовой полости хорошо васкуляризирована, это обеспечивает достаточно быстрое и полное всасывание лекарственных веществ; при этом способе введения лекарственное вещество не разрушается в пищеварительном тракте пищеварительными ферментами и не инактивируется печенью, поскольку

обходит ее. С помощью такого метода можно вводить нитроглицерин или валидол в таблетках, которые кладут под язык до полного их рассасывания.

Наружное применение лекарственных веществ. Этот путь применения лекарственных веществ обычно используется с целью лечения разных поражений кожи и слизистых оболочек. При этом следует помнить, что кожа, слизистые оболочки хорошо васкуляризованы, потому определенные вещества, особенно на жирорастворимой основе, могут всасываться и оказывать резорбтивное (общее) действие.

Показания: Острые и хронические поражения мышц, периферических нервных стволов, лимфадениты, затяжные и хронические воспаления суставов. Для общего влияния на организм, например, втирание раздражающих бальзамов в височные области при мигрени.

Раздача лекарств

1. Медицинская сестра самостоятельно не может назначить больному лекарства или изменить назначение врача. Она может это сделать только в случае отсутствия врача в отделении (когда больной просит у медицинской сестры самые простые лекарства, например, анальгин при головной боли).

2. В то же время медицинская сестра, непосредственно наблюдая за больными, может задержать назначение, например, когда больной плохо переносит препарат или у него возникла аллергическая реакция.

3. В случае появления наименьших признаков неадекватной реакции на лекарства или осложнения медицинская сестра должна немедленно сообщить об этом врачу.

4. Если медицинская сестра перепутала лекарства или превысила их дозу, следует немедленно сообщить об этом врачу, даже в случае, когда у больного отсутствуют признаки отравления.

5. Медицинская сестра должна помнить о важной роли веры больного в успешность назначенного лечения, потому она не имеет права пропустить точного времени раздачи лекарств, пренебрежительно относиться к назначению того или другого препарата.

б. Если лекарства имеют неприятный вкус или запах, больного надо предупредить об этом и указать на наилучший способ приема таких лекарств.

Если лекарства влияют на окраску кала или мочи следует об этом предупредить больного.

Хранение лекарств

Разные лекарственные препараты требуют разных условий хранения. Так, микстуры, отвары, вакцины, капли для глаз быстро портятся, потому их надо хранить в холодильнике. Другие врачебные формы хранят в сухом прохладном месте.

Для хранения лекарств отводят специальные шкафы, которые имеют систему ящиков, которые маркируются и закрываются. Отдельно выделяют 2 ящика: для ядовитых и наркотических веществ (наркотики, атропин и тому подобное) - группа А; для сильнодействующих веществ (адреналин, кофеин и тому подобное) - группа Б. Ящики закрывают на ключ, который постоянно находится у медицинской сестры на посту. На внутренней стороне двери прикрепляют список препаратов, которые находятся в шкафу. В шкафу есть отдельные полочки для препаратов, которые вводят внутривенно, для наружного применения, стерильных растворов, веществ с сильным запахом, легковоспламеняющихся веществ (спирт, эфир), перевязочных материалов.

Необходимо следить за сроком хранения лекарств. Микстуры хранят в холодильнике в течение 5-ти суток, отвары - 3-х суток, раствор пенициллина - до одних суток, капли для глаз - до 3-х суток, стерильные растворы в закрытых бутылках - 10 суток.

Парентеральное введение лекарственных препаратов

Инъекции - это введение лекарственных препаратов минуя пищеварительный тракт, с помощью шприца и иглы. Преимущества: мгновенное действие, которое является очень важным фактором при неотложных состояниях. Точность дозирования и поддержания определенной концентрации лекарств в крови. Лекарства попадают в кровь и поступают к органам и тканям в неизменном виде. Применение инъекций необходимо в

тех случаях, когда принятие лекарств через рот невозможно (в результате стеноза пищевода, привратника), при отсутствии соответствующих врачебных форм для внутреннего потребления. Недостатки: существуют определены болезненные состояния, когда парентеральное введение лекарств становится затрудненным или невозможным, например, при обострении болезней, которые сопровождаются повышенной кровоточивостью; при ожоговой болезни тяжелого течения, когда охвачена ожогом значительная площадь тела; при значительных изменениях в коже в участке инъекций (экзема, псориаз); при разных психических состояниях (боязнь инъекций, психическое возбуждение, судороги, столбняк).

Внутрикожные инъекции. При внутрикожных инъекциях лекарственное вещество вводят в толщу кожи, не доходя до подкожной основы. Применяют такие инъекции при выполнении аллергических проб (выявление разных естественных и искусственных аллергенов), иммунологических проб на туберкулез (Манту), проб на переносимость антибиотиков, для местного обезболивания, для вакцинации.

Подкожные инъекции. Подкожные инъекции приобрели широкое применение, во-первых, они технически легкие в выполнении, во-вторых, существует огромное количество лекарств, которые в растворенном виде быстро и хорошо всасываются в подкожной основе.

Внутримышечные инъекции. Этот метод инъекций очень распространен. Его применяют в случаях, когда нужно получить более быстрый эффект, чем при подкожной инъекции, потому что мышцы лучше, чем подкожная основа, снабжаются кровью и лимфой. Некоторые препараты при подкожном введении вызывают боль и плохо рассасываются, что приводит к образованию инфильтрата. В таких случаях применяют внутримышечный метод инъекций. Это дает возможность ввести больше, чем при внутрикожном введении, количество препарата - до 10 мл.

Внутривенные инъекции (впрыскивание) Внутривенные впрыскивания - это внутривенное струйное введение в организм больного небольшого количества (10-20 мл) лекарственных препаратов.

Внутривенные вливания (инфузии). Внутривенные инфузии обычно осуществляются капельным путем, чтобы не перегружать жидкостью сердечнососудистую систему и иметь возможность обеспечить длительное или на некоторое время постоянное введение лекарств, жидкости.

Применение банок

Банки применяют, чтобы вызвать местный прилив крови и лимфы к коже и подкожной основе из тканей и органов, расположенных глубоко в организме. Действие банок основывается на образовании отрицательного давления воздуха, в результате чего в них втягивается кожа. От быстрого прилива крови возникает не только сильное расширение кровеносных и лимфатических сосудов, но и разрыв кровеносных капилляров, который приводит к образованию точечных кровоизлияний. Возникает движение крови из более глубоких участков организма в подкожную основу. Поэтому банки можно отнести к оттягивающим средствам. Банки оказывают общее действие на организм, а именно: стимулирующее, противовоспалительное, рассасывающее, болеутоляющее. Показания к применению банок: воспалительные процессы органов грудной клетки (острый и хронический бронхит, пневмонии); застойные явления в малом кругу кровообращения при хронической сердечной недостаточности; гипертонический криз; воспаление нервных стволов; острое и хроническое воспаление мышц. Противопоказания: температура тела свыше 38°C, резко повышенная чувствительность кожи; изменения кожи местного характера (гнойничковые заболевания, сыпь, нейродермит, мокнущая и сухая экзема, ссадины, ожоги, пролежни); опухоли злокачественного и доброкачественного происхождения (независимо от локализации опухоли и места постановки банок); склонность к кровоточивости (гемофилия, тромбоцитопатия, ломкость сосудов); значительное общее истощение; туберкулез легких, милиарная форма

туберкулеза; гнойные воспаления легких (абсцесс, бронхоэктатическая болезнь, гангрена); септическое состояние больного, психическое возбуждение больного, судороги. В медицинской практике банки ставят преимущественно на поверхности тела, которое не имеет складок, закруглений и выступов, особенно костных, то есть там, где мышечный и жировой слои более толстые, подкожные сосуды меньше развиты. Наиболее пригодными участками для постановки банок являются спина, кроме лопаток и позвоночника, боковые поверхности грудной клетки, у мужчин - передняя поверхность грудной клетки справа; ягодицы, бедра. Необходимо помнить, что ни в коем случае нельзя ставить банки на позвоночник, область сердца, молочные железы у женщин, шею, лицо, места проекции почек на спине. На спине расстояние от банки до позвоночника с обеих сторон должна составлять не меньше как 2 см.

Применение горчичников

Основой горчичников является эфирное горчичное масло, при контакте которого с водой температуры 35-40°C образуется фермент мирозин, который раздражает кожу. Он проникает в подкожные участки, вызывая гиперемиию кожи и подкожной основы, которая сопровождается ощущением тепла и жжения. Показания к применению горчичников: острые респираторные заболевания, трахеит, бронхит, пневмония, гипертонический криз, приступ стенокардии, радикулит, ишиас. Противопоказания к наложению горчичников те же, что и к банкам, а также наличие у больного аллергической реакции на горчицу, которая нередко случается. Нельзя ставить горчичники на позвоночник, молочные железы, шею, лицо.

Согревающий компресс

Это длительная тепловая процедура, которая представляет собой лечебную повязку с не промокающим слоем, который задерживает на месте его наложения испарение и теплоотдачу. Равномерное и длительное расширение сосудов ведет к увеличению притока крови не только к коже, но и к тканям и органам, которые лежат глубже и расположены за грудиной и

брюшной стенкой. Противопоказания к наложению компресса. Лихорадка с высокой температурой тела, аллергические и гнойничковые заболевания кожи, септическое состояние больного, гнойное поражение прилегающих органов, нарушение целостности кожи. Согревающий компресс может быть сухой или влажный. Они отличаются между собой только первым слоем: в первом случае - это сухая марля, а во втором - влажная. Все виды компрессов накладывают только на чистую сухую кожу.

Применение грелок

Местный согревающий эффект можно получить с помощью грелки. Эффект грелки зависит не столько от интенсивности температуры, сколько от длительности процедуры. При применении грелки происходит рефлекторное расширение кровеносных сосудов органов брюшной полости и расслабление гладких мышц. Болеутоляющий эффект грелки применяют при лечении язвенной болезни, почечной колики, радикулита и тому подобное. Противопоказания к применению грелок. Боль в животе неизвестного генеза, кровотечения разного вида, острые воспалительные явления в брюшной полости: аппендицит, гнойный холецистит, перитонит, любые панкреатиты (поджелудочная железа очень чувствительна к теплу, и при ее воспалении происходит самопереваривание железы), злокачественные и доброкачественные опухоли, туберкулез любой локализации, тромбофлебит, гнойные и аллергические заболевания кожи, свежие травмы, ушибы, обморожения, инфицированные раны, септическое состояние больного. *Электрическая грелка* имеет преимущества перед резиновой, потому что она способствует постепенному нарастанию теплового действия, длительному применению тепла, регулированию необходимого уровня температуры и равномерного постоянного тепла. Она мягкая, пластичная. При пользовании электрической грелкой необходимо строго придерживаться правил техники безопасности.

Применение холода

К лечебным процедурам кожи принадлежит применение холода. Местные холодовые процедуры вызывают действие, противоположное действию тепла. Противопоказания: истощение больного; болезни, которым присущие артериальные спазмы (облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно); повышенная чувствительность к холоду; у больных, которые потеряли чувствительность кожи (параличи); у больных с острой задержкой мочи; при трофических поражениях кожи. Холодовые процедуры следует осторожно применять у больных, которые находятся в обморочном состоянии. Держать пузырь с льдом можно 1-2 часа, но каждые 20- 30 мин. делать перерыв на 10-15 мин. Необходимо следить, чтобы кожа под пузырем не побелела, чтобы на ней не появились пузыри. При необходимости длительного применения пузыря со льдом (в течение суток) через 2-3 часа лед надо возобновлять.

Применение водных ванн

Ванны — это водные процедуры, которые применяют с гигиенической и лечебной целью. Они бывают общие, когда в воду погружается все тело, и местные, когда в воду погружается часть тела (сидячие, ручные, ножные). Механизм действия ванны состоит из действия температурного и механического (действует давление жидкости на тело больного) факторов. Именно температура ванны существенно влияет на тепловой обмен организма больного. При этом меняется потоотделение и дыхание, происходит перераспределение крови, раздражение чувствительных нервных окончаний кожи, что благоприятно влияет на работу всех органов и систем организма.

Разновидности водных ванн зависят от температуры воды. В зависимости от температуры воды различают холодные (24-27°C), прохладные (28-33°C), индифферентные (34-36°C), теплые (36-39°C) и горячие (40°C и выше) ванны. Холодные общие ванны вызывают значительное возбуждение нервной системы и усиление обмена веществ. Длительность 1-3 мин. Эффективно их применение при ожирении. Прохладные общие ванны назначают при неврозах с угнетенным общим состоянием, апатией. Длительность 3-5 мин. Индифферентные, теплые ванны назначают при

почечной или печеночной коликах, хронических заболеваниях суставов, заболеваниях периферической нервной системы (радикулит, полиневрит). Горячие ванны возбуждают сердечно-сосудистую систему, вызывают ускорение пульса до 100-120 в 1 мин., повышают артериальное давление, увеличивают объем циркулирующей крови, увеличивают потоотделение, обмен веществ и повышают температуру тела. Могут привести к общей слабости, одышке, сердцебиению, головокружению. Поэтому горячие ванны противопоказаны при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, общем истощении, туберкулезе легких. Длительность горячей ванны 5-10 мин.

Сидячие прохладные и холодные ванны назначают больным с геморроем (длительность 1-3 мин.).

Сидячие теплые ванны назначают при хронических воспалительных процессах женских половых органов, хроническом воспалении предстательной железы (длительность 20-30 мин.).

Сидячие горячие ванны применяют при почечной колике (длительность 10-15 мин.). Противопоказаны сидячие горячие ванны при острых воспалительных процессах толстой кишки и органов малого таза, беременности, склонности к маточным кровотечениям.

Горячие ручные и ножные ванны применяют при остаточных явлениях воспалительных процессов кожи, мышц, суставов, нервных расстройствах, а также как болеутоляющее средство при заболеваниях легких, сердца, сосудов.

Дезинфекция ванны: после использования ванну дважды протирают специально для этого выделенной щеткой, смоченной в 3% раствором хлорамина и промывают теплой водой.

Применение лечебных ванн

К лечебным ваннам относятся: сероводородные, радоновые, кислородные, жемчужные, скипидарные, крахмальные, шалфейные, хвойные, горчичные. Кроме механического и термического действия, минеральные ванны оказывают еще химическое влияние на кожу больного. Пузырьки газов

раздражают кожу, рефлекторно расширяя капилляры, вследствие чего кожа краснеет и происходит перераспределение циркулирующей крови.

Сероводородные и радоновые ванны назначают при заболеваниях периферической нервной системы, артритах, заболеваниях кожи и периферических сосудов.

Горчичную ванну назначают как болеутоляющее средство при катаре верхних дыхательных путей, бронхитах, повышении артериального давления, а местные (ножные) - при приступах бронхиальной астмы.

Скипидарные ванны применяют при заболеваниях периферической нервной системы (радикулиты, невриты), суставов (полиартриты, артрозы)

Крахмальные ванны принимают при кожных проявлениях экссудативного диатеза. Они уменьшают зуд и подсушивают кожу.

Шалфейные ванны используют в качестве болеутоляющих при заболеваниях и последствиях травм периферической нервной системы, последствиях травм опорно-двигательного аппарата, при хронических воспалительных процессах женских половых органов.

Хвойные ванны показаны при функциональных расстройствах нервной системы (неврозы, бессонница).

Светолечение

Инфракрасные лучи способны проникать в ткань на глубину 3-4 мм, Поглощаясь тканями организма, квант-энергия инфракрасного излучения превращается в тепловую энергию и вызывает сосудистую реакцию - кратковременный спазм со следующим стойким расширением кровеносных сосудов, активной гиперемией и повышением местного кровоснабжения. Под влиянием инфракрасного излучения улучшаются обменные процессы, снижается болевая чувствительность, устраняется спазм сосудов, выводятся продукты метаболизма, рассасываются очаги воспаления. Используют инфракрасное облучения при хронических и подострых воспалительных процессах. Инфракрасные лучи дает лампа солюкс - переносная лампа с рефлектором.

Механизм действия ультрафиолетового облучения. Проникая на глубину 0,1-1мм, ультрафиолетовое облучение активирует в организме биохимические процессы, изменяет структуру клетки и ДНК. Ультрафиолетовые лучи имеют бактерицидные свойства, производят противовоспалительное действие, ускоряют развитие соединительной ткани и эпителизацию кожи, снижают болевую чувствительность, стимулируют эритроцитопоз, снижают артериальное давление на начальных стадиях гипертонической болезни, нормализуют липидный обмен при атеросклерозе.

Поэтому ультрафиолетовые лучи дают высокий терапевтический эффект при многих заболеваниях (бронхит, пневмония, плеврит, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, гастрит, экзема, трофические язвы, невралгия и др). Кроме того, ультрафиолетовое облучение проводят беременным для профилактики рахита у детей; для закаливания, повышения устойчивости организма к инфекционным заболеваниям; лицам, которые работают в шахтах и на севере, для компенсации естественной ультрафиолетовой недостаточности.

Противопоказаниями к ультрафиолетовому облучению являются злокачественные опухоли, склонность к кровотечениям, заболевания крови, гипертиреоз, активный туберкулез легких, гипертоническая болезнь III стадии.

Оксигенотерапия

В случае увеличения содержания кислорода в тканях снижается метаболический ацидоз благодаря удалению недоокисленных продуктов обмена веществ, что приводит к устранению гипоксии, уменьшению цианоза, нормализации дыхания, улучшению работы сердца, нормализации сна.

Показанием к кислородотерапии является: гипоксемия (низкий уровень кислорода в артериальной крови). Причиной гипоксемии может быть нарушение вентиляции легких при параличе дыхательных мышц, передозировке лекарств, которые угнетают дыхательный центр, отеке легких, тяжелых инфекционных заболеваниях, заболеваниях сердца.

Тема 4. Общий и специальный уход за тяжелобольными и агонирующими

Общие правила ухода за больными с постельным режимом, тяжелобольными и агонирующими. Обеспечение удобного положения в кровати, профилактика пролежней, личная гигиена, перемена нательного и постельного белья, обеспечение физиологичных отпавлений (моче-, каловыведение). Пользование подкладным судном и мочеприемником. Способы очистки кишечника. Применение газоотводной трубки, клизм. Виды клизм, методика и техника их применения, методы дезинфекции и хранения оборудования для клизм.

Понятие о клинической и биологической смерти. Основные критерии биологической смерти. Понятие о реанимации. Методика и техника самых простых реанимационных мероприятий: искусственное дыхание методом "рот в рот" и "рот в нос", непрямой массаж сердца. Правила обращения с трупом.

Уход за тяжелобольными предусматривает обеспечение удобного положения в постели («постельный комфорт»), своевременную смену постельного и нательного белья, профилактику пролежней, обработку пролежней при их наличии, уход за слизистыми оболочками носа, полостью рта, обработку глаз и слуховых проходов и др. Агонирующего больного (грец. *agonia* - борьба, предсмертный период) необходимо отгородить от других пациентов ширмой, организовать около него индивидуальный сестринский пост. В ее обязанности входит наблюдение за дыханием (его частотой, глубиной и ритмом), пульсом (частотой, ритмом, напряжением и наполнением), величиной артериального давления, состоянием сознания. Кроме того, медицинская сестра выполняет все назначения врача по уходу за больным.

Для обеспечения тяжелобольным спокойствия и, чтобы не тревожить других больных, их помещают в палаты на 1 или 2 места с сигнализацией.

Больному обеспечивают удобное положение в постели. Лучше использовать функциональную кровать.

Общие правила ухода за тяжелыми больными

Большое значение в уходе за тяжелыми больными имеют подготовка кровати и контроль за состоянием постельного белья. Матрасы тяжелых больных, которые страдают недержанием кала и мочи, обшивают медицинской клеенкой. Простыню следует тщательным образом расправлять, а ее края подворачивать под матрас. У тяжелобольных, особенно тех, которые занимают пассивное положение в постели, быстро возникают нарушения питания мышц и кожи. Образуются пролежни (decubitus) - сначала дистрофические, а потом язвенно-некротические поражения кожи, подкожной клетчатки, а иногда и скелетных мышц.

Чаще всего пролежни возникают в тех местах, где слой кожи и подкожной основы является самым тонким и где близко расположены костные выступления: на затылке, лопатках, крестце, голених, локтях, пятках.

Стадии образования пролежней:

- Первая стадия пролежней (появление участков красного или синюшно-красного цвета без четко определенных границ);
- Вторая стадия пролежней (появление пузырьков);
- Третья стадия пролежней (пузырьки начинают лопаться и образуются язвы);
- Четвертая стадия пролежней (некроз кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей).

Профилактика и лечение пролежней:

- 1.1. Если позволяет состояние больного, нужно несколько раз на день менять положение тела в кровати (поворачивать на бок, подтягивать его, предоставлять положение полусидя).
- 1.2. Постоянно следить, чтобы на простыне не было крошек, морщин.
- 1.3. Места возможного возникновения пролежней ежедневно протирают одним из растворов (40 % р-р этилового спирта, одеколон, камфарный

спирт).

- 1.4. При появлении гиперемии кожи растереть ее сухим полотенцем или провести кварцевое облучение ее.
- 1.5. При появлении пузырей на коже - обрабатывают раствором бриллиантового зеленого, 70 % р-ром этилового спирта и накладывают сухую повязку.
- 1.6. При некрозе тканей их удаляют, рану закрывают стерильной салфеткой, смоченной 1 % раствором перманганата калия. Повязку менять два-три раза в день.
- 1.7. При очистке раны переходят на повязки с мазью Вишневского или с синтомициновой эмульсией.

Подкладывание резинового круга

- 2.1. Резиновый круг подкладывается тяжелым больным, которые длительное время находятся в положении на спине или на стороне для предотвращения пролежней и лечения их.
- 2.2. Резиновый круг заполнить воздухом на 2/3.
- 2.3. Обернуть круг пленкой или вложить его в наволочку.
- 2.4. Подложить круг под больного так, чтобы место возникновения пролежня находилось над отверстием круга. Класть больного на круг необходимо 5-6 раз на день по 15-20 минут.

Смену постельного и нательного белья нужно проводить как минимум 1 раз в 10 дней, а при необходимости значительно чаще. Если больной страдает от недержания мочи, следует менять белье после каждого мочеиспускания (и намокания белья).

ПЕРЕМЕНА НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ЛЕЖАЧИМ БОЛЬНЫМ

1. Перемена нательного белья тяжелобольным.
 - 1.1. Подвести руки под крестец больного, захватить край рубашки, осторожно подсунуть ее к голове.

1.2. Поднять обе руки, скатать около шеи рубашку снять через голову больного.

1.3. Освободить руки больного.

1.4. Надеть рукава рубашки, перебросить ее через голову, расправить под больным.

1.5. Если у больного поврежденная рука, то рубашку из нее снимают в последнюю очередь, а надевают - в первую.

2. Перемена постельного белья.

1-й способ

2.1 Убрать подушку и больного повернуть на бок лицом к краю кровати.

2.2 На освобожденной части кровати свернуть грязную простыню валиком.

2.3 Вместо грязной на освобожденное место кладут чистую простыню, также свернутую валиком.

2.4 Больного повернуть на спину, потом на другой бок. Грязную простыню снять, а чистую, свернутую в валик, аккуратно развернуть.

2.5 Заправить края простыни под матрас.

2-й способ

2.1. Грязную простыню скатать как бинт с обеих сторон валиками, подвести под крестец больного и вытянуть ее.

2.2. Чистую простыню скатать поперек, поднять голову больного и быстро развернуть простыню по направлению к крестцу.

2.3. Осторожно расправить простыню в направлении ног.

2.4. Заправить края простыни под матрас.

При тяжелом состоянии больного показано обтирание кожных покровов одним из антисептических средств: 10% раствором камфары, 1% спиртовым раствором салициловой кислоты, смесью 70% раствора этилового спирта

пополам с водой. Перед обтиранием необходимо подложить под больного клеенку. Обтирание следует проводить губкой, смоченной антисептическим раствором, в определенной последовательности: шея, грудь, руки, живот, спина и ноги. При обтирании спины следует вращать больного по очереди правой и левой стороной. Кожные покровы половых органов и промежности больного необходимо обмывать ежедневно теплой водой или слабым раствором калия перманганата, используя ватные тампоны.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ, ГЛАЗАМИ, УШАМИ, РОТОВОЙ И НОСОВОЙ ПОЛОСТЯМИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ

1. Расчесывание волос

- 1.1. Для профилактики педикулеза ежедневный осмотр волосистой части головы.
- 1.2. Длинные волосы разделяют на пряди и медленно расчесывают от краев к корешкам, пытаясь не выдергивать их.
- 1.3. Короткие волосы расчесывают от корешков к концам.

2. Мытье головы

- 2.1. Для мытья головы в кровати ставят таз около головного конца кровати, под голову больного на уровне шеи подставляют возвышение (жесткий подголовник). Моют голову в теплой воде с шампунем или мылом один раз на неделю.
- 2.2. Во время намыливания хорошо протирают кожу под волосами.
- 2.3. После мытья волосы ополаскивают чистой водой с уксусом.
- 2.4. Гребень протереть одеколоном (спиртом, горячей водой), расчесать волосы.

3. Уход за глазами

- 3.1. Двукратное умывание больного на протяжении дня.
- 3.2. Если у больного появились гнойные выделения из глаз, то следует смочить стерильный ватный шарик в теплом 2% растворе борной кислоты,

промыть ею глазную щель (веки сомкнуть) в направлении от внешнего угла глаза к носу. Для каждого глаза используется отдельный шарик.

3.3. При использовании специального стакана (ундинки) струю жидкости направляют от виска к носу.

4. Уход за ушами

4.1. Больным, которые долго находятся в кровати, необходимо периодически чистить уши, чтобы не накапливалась сера.

4.2. Для удаления серной пробки в ухо закапывают несколько капель 3 % раствора перекиси водорода, а потом ватной турундой вращательными движениями удаляют пробку. При этом больной должен наклонить голову, а сестра левой рукой немного оттягивает мочку уха назад и кверху, вводит турунду во внешний слуховой проход.

5. Уход за ротовой полостью

5.1. Ватно-марлевые тампоны смачивают 2% раствором натрия бикарбоната или 5% раствором борной кислоты.

5.2. Обработку полости рта тампонами начинают с губ, потом - саму полость рта, язык, зубы.

5.3. После обработки больной должен хорошо прополоскать рот.

При наличии у больного протезов, которые снимаются, их на ночь снимают, тщательным образом промывают мылом и до утра хранят в чистом сухом стакане.

6. Медикаментозное действие на слизистую оболочку полости рта

6.1 При аппликации на слизистую оболочку ротовой полости накладывают стерильные марлевые салфетки, смоченные 2% раствором натрия бикарбоната или 2% раствором борной кислоты на 3-5 минут.

6.2 При орошении: закрыть грудь больного пленкой, придать больному возвышенное положение, дать в руки больному почковидный лоток, потом оттянуть шпателем поочередно левую и правую щеку, ввести кончик резиновой груши или шприц с дезраствором и оросить полость рта.

6.3 При сухости губ и наличия трещин в углах рта их смазывают вазелиновым маслом.

7. Уход за полостью носа

7.1 Для удаления корок из носа голову больного отклоняют назад, в носовые проходы вводят ватные турунды, смоченные вазелиновым маслом или глицерином и через 2-3 минуты круговыми движениями удаляют корки.

Не реже 1 раза на неделю следует коротко стричь больному ногти, удаляя грязь, которая скопилась под ними.

Руки тяжелобольному моют не реже трех раз в сутки, а при потребности и чаще. Для этого около больного ставят миску, набирают в крынку теплой воды и льют ее на руки больного. Если больной в состоянии мылить руки, то он это делает и смывает мыло самостоятельно. Неподвижному больному мылит руки, и смывает мыло правой рукой, а левой рукой поливает руки больного из крынки сама медицинская сестра.

Медицинская сестра моет ноги с мылом тяжелобольным. Она отворачивает нижний конец матраса, на сетку кровати ставит миску с теплой водой и окунает в нее ноги больного. Намыленной губкой тщательным образом протирает межфаланговые промежутки, моет с мылом другие участки ног (к середине голени), сухим полотенцем вытирает сначала межфаланговые промежутки, а потом всю поверхность ног. При наличии грибковых поражений кожи ног эти места протирают любой противогрибковой мазью или раствором.

Больных, которые длительное время находятся в постели и не принимают еженедельно гигиеническую ванну, необходимо несколько раз на день подмывать, потому что скопление мочи и кала в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию опрелостей, трещин и пролежней. Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором. Раствор должен быть теплым (30-32°C). Для подмывания нужно иметь подкладное

судно, крынку, корнцанг и стерильные ватные шарики. Больных необходимо подмывать после каждого акта дефекации, женщин подмывают чаще.

При подмывании под ягодицы подкладывают судно. Больная должна лежать на спине, согнув ноги в коленных суставах и максимально разведши в бедрах. В левую руку берут крынку с теплым дезинфицирующим раствором и поливают на внешние половые органы к заднему проходу (сверху вниз), 1-ой ватно-марлевым шариком при этом промывают внутреннюю поверхность больших половых губ, а 2 шариком промывают внешнюю поверхность и область паховых складок, 3-ю промывают область заднего прохода. После этого сухим ватно-марлевым тампоном в том же направлении осушают кожу или подкладывают чистую пеленку как прокладку. Подмывание можно делать с помощью кружки Эсмарха, обеспеченной резиновой трубкой и зажимом, направляя на промежность струю слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положения больного также на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывают. Ватно-марлевым тампоном на корнцанге поднимают крайнюю плоть и омывают головку полового члена, а потом ануса и осушают пеленкой. Если есть опрелости в паховых складках, их смазывают детским кремом, зеленкой или припудривают присыпкой.

Судно - один из самых необходимых предметов ухода за тяжелобольными. Больным, которые находятся на строгом постельном режиме, при акте дефекации необходимо подать судно, а мужчинам при мочеиспускании - мочеприемник.

Судна делают из фаянса, из металла с эмалевым покрытием, из резины, а также из разных пластмасс. Судна имеют разную форму с большим круглым отверстием сверху и сравнительно небольшим отверстием в трубке, которая отходит с одной стороны судна. Большое отверстие сверху обеспеченно крышкой. Чистое судно хранят в туалетной комнате, в специально отведенном шкафу или под кроватью больного.

Если у больного возникает потребность освободить кишечник, его следует, прежде всего, отгородить от других больных ширмой. Перед употреблением судно промывают теплой водой и оставляют в нем немного воды. Углом стелют под пациента клеенку с пленкой, отбросив одеяло, больного просят согнуть ноги в коленях и помогают ему, положив левую руку под крестец, поднять таз. Держа правой рукой, открытое судно за трубку, подводят его под ягодицы так, чтобы промежность очутилась над большим отверстием, а трубка - между бедрами в сторону коленей. Прикрыв больного одеялом, оставляют его на время одного. Потом судно вынимают из-под больного, прикрывают крышкой и относят в туалет, где освобождают от содержимого, тщательным образом вымывают щеткой и дезинфицируют раствором «Дезоксон-1», 1-2% раствором хлорной извести или 3% раствором хлорамина Б. Больного после акта дефекации необходимо подмыть.

Резиновое судно часто подают ослабленным больным или больным с недержанием мочи или кала для профилактики образования пролежней. При длительной постановке судна его необходимо обернуть пленкой или надеть на него чехол (чтобы не было раздражения кожи от соприкосновения с резиной). Резиновое судно не туго надувают с помощью ножного насоса. Дезинфицируется оно так же, как эмалированное судно. Для устранения запаха резиновое судно ополаскивают слабым раствором перманганата калия.

Больные, которые находятся на строгом постельном режиме, вынуждены осуществлять в постели и мочеиспускание. Для этого существуют особенные сосуды - мочеприемники. Изготавливаются они из стекла, пластику или металлу и имеют овальную форму с вытянутым в короткую трубку отверстием. Форма трубки - отверстия женского и мужского мочеприемников разная. Женщины чаще пользуются не мочеприемником, а судном. Мочеприемники, так же, как и судна, должны быть индивидуальными. Подавать их нужно чистыми и нагретыми, немедленно освобождать от мочи. Дезинфекция мочеприемников проводится так же, как и судна.

Терминальное состояние (от лат. *terminalis* касательный до конца, пограничный) - состояние, которое граничит между жизнью и смертью, критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением артериального давления, глубоким нарушением газообмена и метаболизма. Широко распространенная разработана академиком В. А. Неговским трехступенчатая классификация терминального состояния: предагония, агония, клиническая смерть. Кроме того, к терминальным состояниям относят также состояние оживленного организма после реанимации. Терминальные состояния этого типа возникли в связи с развитием реаниматологии. Они имеют сложную патофизиологическую природу и ждут от врача применения специального комплекса лечебных мероприятий.

Основные характеристики, свойственные для терминальных состояний.

Преагональное состояние: общая заторможенность, сознание спутанное, давление не определяется, пульс на периферических артериях отсутствует, но пальпируется на сонных и бедренных артериях; дыхательные нарушения проявляются выраженной одышкой, цианозом и бледностью кожных покровов и слизистых оболочек.

Агональное состояние: диагностируют на основании следующего симптомокомплекса: отсутствие сознания и рефлексов глаз, неопределяемое давление, отсутствие пульса на периферических и резкое ослабление на больших артериях; при аускультации определяются глухие сердечные тоны; на ЭКГ регистрируются выраженные признаки гипоксии и нарушения сердечного ритма.

Клиническая смерть: ее констатируют в момент полной остановки кровообращения, дыхания и выключения функциональной активности ЦНС. Непосредственно после остановки и прекращения работы легких обменные процессы резко снижаются, однако полностью не прекращаются благодаря наличию механизма анаэробного гликолиза. В связи с этим клиническая смерть является состоянием обратимым, а ее длительность определяется

временем жизни коры больших полушарий головного мозга в условиях полной остановки кровообращения и дыхания.

Реаниматология (лат. *re* - приставка, которая означает повторное действие; *animatio* - оживление; греч. *logos* - учение) - раздел клинической медицины, которая изучает проблемы оживления организма, который разрабатывает принципы профилактики терминальных состояний, методы реанимации и интенсивной терапии.

Реанимация - комплекс лечебных мероприятий, направленных на возобновление резко нарушенных или потерянных жизненно важных функций организма и выведения его из клинической смерти.

Реанимационные мероприятия проводят при внезапном прекращении сердечной деятельности (инфаркт миокарда, электротравма и др.), острой остановке дыхания (инородное тело в трахее, утопление и так далее), отравлении разными ядами, тяжелых травмах, массивной кровопотере, острой почечной и печеночной недостаточности и др. Реанимацию больных не проводят, если есть повреждение жизненно важных органов необратимого характера и если больной находится в финальной стадии неизлечимого заболевания.

Эффективные реанимационные мероприятия, это непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких, поддерживают жизнь пациента, у которого нет собственной сердечной деятельности, и это, в первую очередь, предотвращает необратимое повреждение головного мозга. При неэффективности реанимационных мероприятий в течение 30 мин. их останавливают и констатируют наступление биологической смерти. Более длительную реанимацию (до 60 мин.) проводят в случае возникновения смерти при особых обстоятельствах: переохлаждении, утоплении, электротравме, отравлении наркотиками, при рецидивирующей фибрилляции желудочков, а также у детей.

Следует отметить, что результат сердечно-легочной реанимации (СЛР) во многом зависит от времени начала и правильности выполнения комплекса реанимационных мероприятий.

СЛР состоит из последовательности действий:

1. Уложить потерпевшего на спину, потом обеспечить проходимость дыхательных путей с помощью следующего приема:

- одна рука располагается на лбу, наклоняя голову назад, при этом большой и указательный пальцы свободны для закрытия носовых отверстий на случай, если понадобится проведение искусственной вентиляции;

- подушечки пальцев второй руки двигают вверх подбородок, упершись под ним, таким образом открывая дыхательные пути.

2. Оценить дыхание потерпевшего, наблюдая за экскурсией грудной клетки, прислушиваясь и чувствуя дыхание на своей щеке. В первые несколько минут терминального состояния потерпевший может сохранять минимальные дыхательные движения или осуществлять редкие шумные вдохи (гаспинг), которые не следует путать с адекватным дыханием. Оценка эффективности дыхания должна проводиться не больше 10 с. Если остаются какие-либо сомнения, следует действовать так, если бы дыхание было неадекватным или отсутствующим.

3. Если дыхание сохранено в достаточном объеме, положите потерпевшего в устойчивое положение на боку, вызовите бригаду скорой помощи, наблюдайте за состоянием. Если дыхание неадекватно, необходимо немедленно начать компрессию грудной клетки:

- встаньте на колени сбоку от потерпевшего;

- расположите ладонь одной руки на нижнюю треть грудины перпендикулярно поверхности грудной клетки потерпевшего;

- ладонь второй руки разместите поверх первой, пальцы сложите в замок;

- займите вертикальное положение над грудной клеткой потерпевшего;

- выпрямите руки в локтях;

- компрессии осуществляются с частотой не менее 100 в минуту;
- для взрослых глубина компрессии составляет 4-5см;
- после каждой компрессии грудная клетка должна возвращаться в первичное положение, при этом не должен пропадать постоянный контакт между ней и руками реаниматора;

- длительность компрессии и периода расслабления должны быть приблизительно равные;

- необходимо возвести к минимуму перерывы в грудных компрессиях.

4. Следует менять грудные компрессии с искусственным дыханием:

- после 30 компрессий следует обеспечить проходимость дыхательных путей, используя прием, описанный в п. 1;

- перекрыть носовые отверстия с помощью большого и указательного пальцев руки, которые лежат на лбу;

- открыть рот потерпевшего, удерживая подбородок поднятым кверху;

- сделать обычный вдох, после чего провести спокойный выдох в рот потерпевшего, наблюдая за движением грудной клетки. Длительность выдоха составляет около 1 с, количество вдуваемого воздуха отвечает дыхательному объему реаниматора (400-600 мл);

- удерживая дыхательные пути открытыми, убедиться в наличии пассивного выдоха;

- повторить манипуляцию еще раз, после чего немедленно вернуться к проведению грудных компрессий и дыханиям в соотношении 30: 2.

Только компрессионная СЛР.

Исследования на животных показали, что грудная компрессия без искусственной вентиляции "рот в рот" является не менее эффективным в первые минуты реанимации у потерпевших без асфиксии, чем конвенциональные методы реанимации. Это объясняется тем, что при сохранении проходимости дыхательных путей случайные вдохи и пассивный ток воздуха обеспечивают газообмен на определенном уровне, достаточном для поддержки жизнедеятельности в первые минуты. Кроме того,

клинические наблюдения показывают, что только компрессионная СЛР может быть начата раньше и обеспечивает более оптимальную поддержку кровотока сравнительно с классической.

КОНСТАТАЦИЯ СМЕРТИ И ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ТРУПОМ

1. Признаки клинической смерти

- 1.1. Полное прекращение дыхания.
- 1.2. Полное прекращение сердцебиения.
- 1.3. Зрачки расширены, не реагируют на свет.
- 1.4. Длительность клинической смерти 4-6 мин.

2. Признаки биологической смерти

- 2.1. Полное прекращение дыхания.
- 2.2. Отсутствие пульса на больших артериях и отсутствие сердцебиения.
- 2.3. Мертвенная бледность кожи.
- 2.4. Расслабление мускулатуры.
- 2.5. Исчезновение блеска глаз.
- 2.6. Потеря чувствительности.
- 2.7. Постепенное охлаждение тела.
- 2.8. Расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет.

2. Достоверные признаки биологической смерти

- 3.1. Снижение температуры тела ниже 20°.
- 3.2. Наличие трупных пятен.
- 3.3. Появление трупного окоченения.

4. Правила обращения с трупом

- 4.1. Смерть больного констатирует врач.
- 4.2. Зарегистрировать в истории болезни точное время наступления смерти.
- 4.3. Раздеть труп.
- 4.4. Положить на спину с разогнутыми конечностями.
- 4.5. Подвязать нижнюю челюсть.
- 4.6. Опустить веки.
- 4.7. Накрыть простыней.

- 4.8. Оставить в постели на 2 часа.
- 4.9. После образования трупных пятен написать на бедре умершего его фамилию, имя отчество, номер истории болезни.
- 4.10. Оформить сопроводительную записку с указанием фамилии, имени и отчества умершего, номера истории болезни, диагноза и даты наступления смерти.
- 4.11. Перенести труп в патологоанатомическое отделение (морг).

СРС. Организация лечебного питания больных

Роль лечебного питания в структуре оздоровительного процесса. Понятие о лечебном питании и диетических столах. Организация лечебного питания в терапевтическом отделении. Оформление порционника и его использование. Порядок раздачи еды. Кормление тяжелобольных пациентов с суровым постельным режимом. Энтеральный и парентеральный методы искусственного введения в организм пищевых продуктов. Питание лиц преклонного и старческого возраста. Показание для искусственного питания больных.

Способы очистки кишечника. Применение газоотводной трубки, клизм. Виды клизм, методика и техника их применения, методы дезинфекции и хранения оборудования для клизм.

Диетическое питание — это лечебное питание больного человека. Оно является обязательной частью комплексного лечения. Правильно организованное питание больного не только удовлетворяет потребности организма, но и активно влияет на течение заболевания. О лечебных свойствах многих пищевых продуктов известно давно, но до конца XIX ст. лечебное питание применяли эмпирически. Только с открытием акад. И.П.Павловым законов пищеварения диетическое питание получило научное обоснование. В 20-50-х годах XX ст. проф. М. И. Певзнером была разработана так называемая групповая диетная система питания, согласно которой каждая группа родственных заболеваний получила свою диету. В настоящее время

существует 16 основных диет: № 0 — жидкая диета, № 1— 14 — диеты при разных заболеваниях, № 15 — общий стол рационального питания в условиях лечебно-профилактических заведений. В рамках одной диеты существуют поддиеты. Диетические продукты — это специализированные продукты, которые заменяют в питании больных традиционные продукты и отличаются от них химическим составом и (или) физическими свойствами. Диетические продукты разделяют на 7 групп:

1. Пищевые продукты, которые обеспечивают механическое и химическое сбережение органов пищеварения. К этой группе принадлежат измельченные крупы, гомогенизированные овощи и фруктовые консервы, консервы без специй и пряностей, хлебные изделия с уменьшенной кислотностью и тому подобное.

2. Пищевые продукты с малым содержанием натрия (бессолевые). К этой группе принадлежат хлеб и сухари бессолевого, продукты с заменителями кухонной соли (для больных гипертонической болезнью и с нарушением кровообращения).

3. Пищевые продукты с уменьшенным количеством белка (безбелковые) и с исключением отдельных белков и аминокислот. К этой группе принадлежат заменители хлеба, макаронных изделий и круп, выработанные из разных видов крахмала и которые не содержат белков. Кроме того, к этой группе относят также продукты для больных с отдельными энзимопатиями, которые не содержат белка пшеницы глютена или аминокислоты фенилаланина.

Хлеб с набухшим крахмалом используют для лечения почечной недостаточности.

4. Пищевые продукты с измененным углеводным компонентом. Это наибольшая группа диетических продуктов, к которой принадлежат пищевые продукты с уменьшенным количеством углеводов, безлактозные молочные продукты; продукты, в которых сахар заменен сахарозаменителями, а также сами сахарозаменители (сахарин, ксилит, сорбит, фруктоза, аспартам, ацесульфам К и др.). Пищевые продукты с уменьшенным количеством

углеводов и с заменителями сахара используют при лечении больных ожирением, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями. Безлактозные молочные продукты назначают больным недостаточностью фермента лактозы (алактазия).

5. Пищевые продукты с уменьшенным количеством жиров или улучшенным их составом. К этой группе относят молочные продукты с уменьшенным количеством жиров или полностью обезжирены. Жирнокислотный состав продуктов улучшают уменьшением количества насыщенных жиров и обогащением полиненасыщенных жирных кислот за счет растительных масел (подсолнечного, оливкового).

6. Пищевые продукты сниженной энергетической ценности. Энергетическую ценность пищевых продуктов снижают уменьшением общего количества углеводов или жиров, а также добавлением разных наполнителей (карбоксиметилцеллюлозы и др.).

7. Пищевые продукты, обогащенные биологически активными веществами. Это одна из наиболее распространенных групп диетических продуктов. Обогащают продукты введением полноценного белка, пектина, клетчатки, витаминов, лецитина, йода и других веществ.

Характеристика основных диет

Диета №1 назначается при хронических воспалениях желудка с нормальной и повышенной кислотностью, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Рекомендуются пищевые продукты и блюда, которые не имеют сильного сокогонного действия и не содержат грубую растительную клетчатку. Исключают пряности, продукты со значительным количеством соли, алкогольные напитки. Блюда готовят в отваренном, паровом и протертом виде. Диета физиологически полноценная, содержит 100г белков, 100г жирел, 400-500 г углеводов, 3000-3200 ккал.

Диета №2 назначается при хронических воспалениях желудка с секреторной недостаточностью, при хронических воспалениях кишок. Эта диета характеризуется ограничением механических и термических

раздражителей с целью сбережения желудка и кишок от раздражения, нормализации секреторной и проворной функций органов пищеварения. Рекомендуются разнообразные пищевые продукты и блюда в измельченном виде, которые не содержат грубую растительную клетчатку. Молока не допускается. Еда не должна быть острой. Диета полноценна: 100 г белков, умеренное ограничение жиров (80-90г), нормальное количество углеводов (400-450г) и соли, 3000-3200 ккал, повышенное количество витамина С (100 мг) и никотиновой кислоты (30-45 мг), витамина В2 и В1 (до 4-6 мг). Позволяются продукты, которые стимулируют секреторную функцию, чай с лимоном, кофе, какао, ветчина, твердый сыр, черная икра, селедка (вымоченная), кефир, сливки, сметана, яйца «в мешочек», мясные и грибные супы на бульоне, разные каши. Запрещаются свежий хлеб и свежие изделия из теста, жирное мясо и жирная рыба, цельное молоко, острые, соленые кушанья, рыбные консервы, мороженое. Назначают соляную кислоту с пепсином, желудочный сок.

Диета №3 назначается при запорах пищевого происхождения с целью усиления моторной функции кишок. Диета физиологически полноценна с включением продуктов и блюд, которые усиливают перистальтику и освобождение кишок. Блюда готовят в отваренном, жареном и запеченном виде. Диета содержит 90-100г белков, 90-100г жиров, 450г углеводов, 3100-3200 ккал, жидкость не ограничивают. Запрещаются хлебобулочные и мучные изделия из муки высшего сорта, мелкие крупы, макаронные изделия, кисели, крепкие чай, какао и кофе. Назначают диетические продукты со значительным количеством клетчатки, хлебные изделия с отрубями и др.

Диета №4 назначается при хронических воспалениях кишок с целью нормализации функции кишок. Диета физиологически полноценная, с ограничением механических и химических раздражителей и исключением продуктов и блюд, которые усиливают брожение в кишках. Кушанья готовят в отваренном, жареном и запеченном виде (без измельчения). Исключают очень горячие и холодные кушанья. Диета содержит 120-140г белков, 100-110г

жиров, 350-450г углеводов, 3200-3400 ккал. Запрещаются хлебные изделия из муки грубого помола, жирное и жилистое мясо, копчености, жирные колбасы, консервы, соленые, вяленые изделия из мяса и рыбы, цельное молоко, соленые и острые сыры, сырые и крутые яйца, большинство твердых жиров, бобовые, грубые овощи, грибы, абрикосы, сливы, виноград, финики, мороженое, кремовые изделия, специи, горчица, хрен, перец, виноградный сок, газированные напитки.

Диета № 5а. Показание: острый холецистит или обострение хронического холецистита, обострения хронического панкреатита, хронический холецистит при наличии язвенной болезни, 5-6-й день после операции на желчных путях.

Цель: возобновление нарушенной функции печени, накопление гликогена в печени, стимуляция выделения желчи, облегчения прохождения пищи, ограничение механического, химического и термического раздражения слизистой оболочки желудка и кишок. Блюда готовят из протертых продуктов в вареном или паровом виде. Диета характеризуется ограничением жиров, белки и углеводы в пределах нормы, содержание липотропных факторов повышено. Исключаются экстрактивные вещества и продукты расщепления жиров, еда главным образом молочно-растительная. Назначают супы молочные и вегетарианские, каши молочные, кисели и компоты в протертом виде; мясо и рыба (нежирные сорта) позволяют не чаще однажды на день и только в вареном и молотом виде.

Диета №5 назначается при заболеваниях печени и желчного пузыря. Характеризуется ограничением химических раздражителей и жиров (80 г). Не рекомендуются приправы, пряности, копчености, острые блюда, бобы, грибы, овощи со значительным содержанием эфирных масел (редис, редька, лук, чеснок), жирная рыба, жирные сорта мяса, сало, мороженое, холодные соки и минеральные воды, алкогольные напитки, свежие изделия из сдобного теста, жареные блюда из сыра, жареные яйца. Диета содержит оптимальное количество белков (100г), углеводов (450-500 г) и энергии (3000 ккал). В

период обострения болезни рекомендуются вегетарианские супы, молочные и фруктовые супы, нежирное мясо и рыба в отваренном виде. Рекомендуются мягкий некислый сыр и изделия из него, белковый омлет, молоко в разном виде.

Диета №6 назначается при подагре. Подагра - хроническое заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, задержкой и отложением в хрящах, сухожилиях, связках, голосовых связках, стенках сосудов и кишок кристаллов мочеислого натрия. Исходя из этого, в первую очередь максимально ограничивают продукты со значительным содержанием пуринов, исключают алкогольные напитки, ограничивают количество жиров, повышают количество углеводов и витаминов. Запрещаются субпродукты, мясные и рыбные навары, студни. Ограничиваются зеленый горох, бобы, соя, чечевица, продукты со значительным содержанием щавелевой кислоты (щавель, шпинат, салат, ревень), баклажаны, сельдерей, редис, грибы. Исключаются чай, кофе, какао, шоколад (как продукты со значительным содержанием метилпурина). Калорийность еды должна быть умеренно ограничена (2700 ккал).

Диета №7 назначается при заболеваниях почек (нефриты, пиелонефриты, пиелостит и др.). Назначают дифференциально, в зависимости от характера основного заболевания, формы и стадии течения болезни. При этих заболеваниях должно быть физиологически полноценное питание с ограничением белков (20-50г), жиров (80-90г), богатых на холестерин, углеводов (350-400 г), кухонной соли (до 6 г) и жидкости, веществ, которые раздражают почки, с повышенным количеством витаминов А и С. Позволяются бессолевой хлеб, разнообразные супы, блюда из круп, овощей, макаронных изделий, молоко и молочные продукты, свежий мягкий сыр, картофель, помидоры, несоленая капуста, свежие огурцы. Сладкие блюда не ограничиваются. Рекомендуются фрукты, ягоды, фруктовые и овощные соки. Запрещаются алкогольные напитки, пиво, соленые продукты, а также хрен, редис, петрушка, укроп, которые содержат значительное количество

эфирных масел и шпинат, щавель и другие продукты со значительным содержанием щавелевой кислоты. Калорийность 2100-2500 ккал.

Диета №8 назначается при ожирении с целью снижения массы тела и нормализации обмена веществ. Ожирение — общее заболевание организма, когда избыточная масса превышает нормальную на 20 и больше процентов. Ожирение в 95 % случаев — пищевого происхождения, то есть это — результат систематического переедания. Исходя из этого, при ожирении ограничивают количество жиров и углеводов, особенно легкоусвояемых, жидкости, кухонной соли, исключают алкогольные напитки и острые блюда. В то же время целесообразно повысить физическую активность. Энергетическая ценность диеты уменьшается за счет углеводов (150г) и жиров (70-75 г), с достаточным содержанием полноценных белков (100г), полиненасыщенных жирных кислот, витаминов и минеральных веществ. Запрещаются хлебобулочные изделия из муки высших сортов, из сдобного теста, жирное мясо, копченые продукты, жирная рыба, жирные молочные продукты — жирный, мягкий и твердый сыры, сметана, сливки, сало, макаронные изделия, сладкие фрукты, арбузы, сладости, разные соусы, горчица, хрен, пряности, крепкие мясные, рыбные и грибные супы, острые и соленые закуски, напитки и соки со значительным содержанием сахара. Калорийность 1600-1700 ккал.

Диета №9 назначается при сахарном диабете. Поскольку при сахарном диабете нарушается усвоение глюкозы, то из рациона исключаются сладкие продукты и сладкие блюда. Запрещаются сахар, мед, сладкие фрукты, овощи и фрукты со значительным содержанием углеводов (картофель, бананы, виноград, арбузы, изюм, чернослив, урюк), сало, а также острые и жирные сыры, жирная рыба, жирное мясо, жирные колбасы, хлебобулочные изделия из муки высших сортов и сдобного теста, острые соусы, крепкие бульоны, острые закуски, все соки и напитки со значительным содержанием сахара. Диета должна быть физиологически полноценной, с ограничением жиров,

углеводов, с повышенным содержанием витаминов, 100г белков, 65-85 г жиров, 250-300 г углеводов, 2400-2500 ккал.

Диета №10 назначается при заболеваниях сердечнососудистой системы (атеросклероз и его проявления: инфаркт миокарда, инсульт, гипертоническая болезнь и др.). Характеризуется ограничением жиров (75-80 г), особенно животных, кухонной соли (к 5г), жидкости (к 1,5л), грубой клетчатки и экстрактивных веществ мяса, рыбы, грибов. Назначаются продукты со значительным содержанием солей калия (свежие овощи и фрукты, молоко и молочные продукты). Пища должна быть протертой или хорошо разваренной. Цель диеты - повысить выделение мочи, уменьшить нагрузку на сердце во время пищеварения и укрепить сердечную мышцу. Диета должна быть физиологически полноценной, насыщенной витаминами и минеральными веществами, особенно солями калия (белков - 70 г, жиров - 60 г, углеводов - 350 г). Калорийность 2200 ккал.

Диета №10а. Показание: заболевание сердца с недостаточностью кровообращения II и III степени, гипертоническая болезнь с недостаточностью кровообращения или с нарушением мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в остром или подостром периоде. Цель: резкое ограничение кухонной соли (1,5-1,8 г в продуктах питания), обогащения диеты калием, который будет способствовать улучшению функции сердца и уменьшению отеков. Диета содержит белки на нижнем пределе физиологической нормы, умеренно ограничивает жиры и углеводы, еду готовят без соли, специально выпекают бессолевой хлеб. Употребление жидкости ограничивают. Все продукты протирают и готовят в вареном виде.

Позволяются те же продукты и блюда, что при диете № 10, но мясо и рыбу ограничивают до 50 г в день и дают только в вареном виде, овощи и фрукты — в вареном и протертом. Супов не дают или дают в небольшом количестве (молочные, вегетарианские). Витамины вводят в организм в виде сырых ягодных и овощных соков или настоя шиповника. Калорийность и состав: белков 70-80 г, жиров 60 г, углеводов 80 г, общая калорийность 2000-

2100 ккал. Кухонной соли в продуктах питания должно быть не более 1,5-1,8г. Пищу принимают 6 раз на день небольшими порциями.

Диета №11. Показание: туберкулез легких при отсутствии заболеваний внутренних органов, анемия, общее истощение организма после длительных заболеваний. Цель: повышение сопротивляемости организма к туберкулезной инфекции, усиление общего питания и возобновление витаминного баланса. Калорийная диета с повышенным содержанием белков и витаминов, умеренным увеличением количества жиров и углеводов. Продукты питания должны быть разнообразными. В пищевой рацион включают в достаточном количестве зелень, фрукты, ягоды, поскольку в них, кроме витаминов, содержится много кальция. Рекомендованы молочные продукты, также богатые на соли кальция. Не меньше чем половина белков должна поступать с мясными, рыбными и молочными продуктами. Кулинарная обработка обычная, с сохранением азотистых экстрактивных веществ, позволяют сладости, исключают алкогольные напитки.

Калорийность и состав: белков 120-140 г, жиров 100-120 г, углеводов 500-550 г, общая калорийность 3800-4000 ккал. Витамины в повышенном количестве, прием пищи 4-5 раз на день.

Диета №13. Показание: инфекционные заболевания в острый период, при высокой температуре тела, ангина, состояние после операции в отдаленные сроки.

Цель: поддержка организма больного в острый период при высокой температуре тела. Содержание белков на нижнем пределе физиологической нормы, умеренное уменьшение жиров и углеводов. Больным с лихорадкой дают больше жидкости в виде витаминизированных напитков, пищу дают в жидком, полужидком, протертом виде с умеренными химическими раздражителями и ограничением грубой растительной клетчатки.

Рекомендуется мясной бульон, супы из протертых круп или овощей, молочные каши, картофельное пюре, мясные и рыбные блюда в рубленом, перемолотом виде, протертые овощи со сливочным маслом, молоко, сливки,

хлеб белый или сухари. Калорийность и состав: белков 70-80 г, жиров 70 г, углеводов 400 г, общая калорийность 2200 ккал. Витамин С и другие витамины назначают в повышенном количестве. Принимают пищу 6-7 раз на день небольшими порциями.

Диета №15 назначается при разных заболеваниях без нарушений со стороны пищеварительной системы, которые не требуют специальных лечебных диет. Эта диета используется также как переходная после назначения других лечебных диет. Диета физиологически полноценная: белки - 100 г, жиры - 100 г, углеводы - 400-450 г, калорийность 2700-3000 ккал с повышенным содержанием витаминов, ограничивают лишь тяжелопереваривающиеся и острые продукты.

Искусственное лечебное питание

Кроме диетического, применяют и искусственное лечебное питание. Оно бывает двух видов: энтеральное (энтеральное) и парентеральное (парентеральное). Оно направлено на коррекцию нарушений обмена веществ, которые сопровождают течение заболеваний.

В настоящее время распространены две системы энтерального питания: 1) система сбалансированного энтерального питания (скандинавская), где источником энергии являются углеводы и жиры, и 2) система гипералиментации, где как источник энергии используют лишь углеводы.

Искусственное питание через зонд обычно назначают при поражениях челюстно-лицевой области, сужении пищевода, неукротимой рвоте, некоторых психических и др. заболеваниях.

Техника питания больного через желудочный зонд. Эту процедуру выполняет врач, а медицинская сестра ему помогает. Для этого надо иметь желудочный зонд (мягкая резиновая, пластмассовая или силиконовая трубка длиной 1,5 м, диаметром 3-5 мм), лейку емкостью 200-250 мл или шприц Жане, вазелиновое масло или глицерин. Перед кормлением больного лейку

или шприц Жане кипятят и охлаждают до комнатной температуры. Блюда подогревают до температуры 45-55°C.

Подготовка зонда. Измерить глубину введения зонда и сделать на нем отметку. (Это расстояние от резцов до пупка). Смазать зонд глицерином. Если возможно, вводят зонд в положении больного сидя. Если это невозможно (обморочное состояние, чрезмерное истощение, слабость больного), то вводят зонд в положении больного, лежа на боку. Чтобы ввести желудочный зонд через нос, надо отклонить голову больного назад, зонд ввести в нос, медленно продвигая его вдоль внутренней стенки нижнего носового хода. Когда зонд войдет в носоглотку на глубину 15-17 см, голову больного наклоняют немного вперед, указательный палец вводят в рот, нащупывают конец зонда, слегка прижимают его к задней стенке глотки, а второй рукой продвигают зонд дальше к желудку, в целом приблизительно на длину 45-50 см. Следует помнить: если зонд попал вместо пищевода в гортань или трахею, у больного начинается кашель, появляется цианоз или одышка. Зафиксировать внешний конец зонда лейкопластырем к коже щеки.

Техника кормления больного. Вставить лейку в наружный конец зонда. Медленно вливать жидкую еду (3-4 стакана). Зонд (не вынимая) промыть теплой водой. Позволяется зонд оставлять в желудке на 2-3 дня. Снять лейку, вытянуть зонд, вымыть в теплой воде и простерилизовать. Процедуру кормления повторяют несколько раз на день.

Состав смесей: бульон, молоко, масло, сырые яйца, фруктовые соки и др. компоненты, которые не содержат грубых частиц пищи.

Фистулы накладывают при непроходимости пищевода (фистула желудка), привратника желудка (фистула тонкой кишки). При искусственном питании через фистулы через лейку вводят пищу в подогретом виде небольшими порциями (150-200 мл) 5-6 раз в сутки. Не следует вводить в лейку большое количество еды. Постепенно количество введенной пищи увеличивают до 250-500 мл, а количество введений уменьшают до 3-4 раз в сутки. Через лейку можно вводить перемолотые твердые продукты,

разведенные жидкостью (мясо, рыбу, хлеб). После каждого кормления следует проводить туалет кожи вокруг гастростомы. С этой целью кожу смазывают 96 % этиловым спиртом, накладывают на кожу, подсушивающие мази — цинковую или пасту Лассара. На гастростому до следующего кормления накладывают сухую асептическую повязку.

Ректальное искусственное кормление - так называемая питательная клизма. Наибольшее распространение она получила при ожоговом поражении лица, пищевода.

Через питательную клизму можно вводить ограниченное количество продуктов (37-38°C), а именно: мясные и рыбные бульоны, молоко, сливки, изотонический раствор натрия хлорида, 5 % глюкозу, продукты гидролиза белков (альбумин, казеин).

За один час до постановки питательной клизмы ставят очистительную клизму до полного опорожнения кишечника. Для угнетения кишечной перистальтики в питательные растворы добавляют 5-10 капель настойки опиума. Небольшие по объему питательные клизмы (200-500 мл) ставят с помощью резиновой груши. Повторяют эту процедуру 3-4 раза в сутки. Более значительное количество жидкости (до 1 литра) вводят одноразово капельным путем с помощью кружки Эсмарха. Надо помнить, что часто применять питательную клизму не рекомендуется, чтобы не вызвать воспаления прямой кишки у больного, прикованного к кровати, или ректальное кровотечение из геморроидальных узлов.

Парентеральное питание - это особый вид заместительной терапии, при котором питательные вещества для пополнения энергетических, пластичных расходов и поддержания нормального уровня обменных процессов вводят в организм, минуя желудочно-кишечный тракт (внутривенно, подкожно или внутримышечно).

Сущность парентерального питания заключается в обеспечении организма всеми необходимыми для нормальной жизнедеятельности субстратами, которые участвуют в регуляции белкового, углеводного,

жирового, водно-электролитного, витаминного обмена и кислотно-щелочного равновесия.

Парентеральное питание может быть полным и неполным (частичным).

Полное парентеральное питание обеспечивает весь объем суточной потребности организма в пластичных и энергетических субстратах, а также поддержание необходимого уровня обменных процессов. Неполное парентеральное питание является вспомогательным и направлено на избирательное заполнение дефицита тех ингредиентов, поступления или усвоение которых не обеспечивается энтеральным путем.

Полное парентеральное питание показано во всех случаях, когда невозможно принятие пищи естественным путем или через зонд, который сопровождается усилением катаболических и угнетением анаболических процессов, а также отрицательный баланс азота:

- у больных с явлениями полного или частичного голодания при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в случаях функционального или органического поражения его с нарушением пищеварения и резорбции;
- при усиленном распаде белка или нарушении его синтеза (гипертермия, недостаточность функций печени, почек и пр);
- реанимационным больным, когда больной длительное время не приходит в сознание или резко нарушена деятельность желудочно-кишечного тракта (поражение ЦНС, столбняк, острые отравления, коматозные состояние и тому подобное);
- при инфекционных заболеваниях (холера, дизентерия);
- при нервно-психических заболеваниях в случаях анорексии, рвоты, отказа от еды.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧНИК НАВЫКОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ЗАЧЕТА

1. Приготовить соответствующий дезинфицирующий раствор и провести санитарную обработку прикроватных тумбочек и подоконников в палате.
2. Приготовить соответствующий дезинфицирующий раствор и провести влажную уборку манипуляционной.
3. Приготовить соответствующий дезинфицирующий раствор и провести обработку медицинских принадлежностей для многократного использования (банок, термометра, наконечников для клизмы, подкладного судна).
4. Провести расспрос больного и заполнить титульную страницу истории болезни.
5. Провести расспрос больного и выделить основные жалобы.
6. Провести измерение температуры у больного и оформить температурный лист.
7. Провести осмотр больного на наличие чесотки и педикулеза.
8. Провести измерение роста пациента, стоя, сидя, определить массу тела и рассчитать индекс массы тела.
9. Подготовить гигиеническую ванну для санитарной обработки больного и провести ее дезинфекцию после пользования.
10. Продемонстрировать методику транспортировки больного на носилках (каталке) и перекладывание его на кровать.
11. Продемонстрировать навыки пользования функциональной кроватью и придания соответствующих положений больному при приступе удушья и при коллапсе.
12. Исследовать у больного пульс на лучевых артериях, сделать вывод об основных его свойствах.
13. Исследовать у больного пульс на нижних конечностях, сделать вывод о его соответствии норме.
14. Измерить больному артериальное давление, сделать вывод о его соответствии норме.
15. Провести исследование дыхания у показательного больного, сделать вывод об основных его свойствах.
16. На бланке температурного листа отметить предложенные преподавателем показатели пульса, артериального давления, температуры тела, сделать вывод об их соответствии норме и о типе температурной кривой.
17. Провести смену нательного и постельного белья больному, который находится на постельном режиме.
18. Разложить на демонстрационном столе предложенные лекарственные средства по группам по способу введения, назвать основные способы введения препаратов.
19. Продемонстрировать на муляже методику закапывания капель в уши, нос, глаза.
20. Подготовить необходимые растворы и продемонстрировать правила поведения с одноразовым шприцем после его применения.

21. Продемонстрировать методику подготовки резиновой грелки и пузыря со льдом и пользования ими.
22. Продемонстрировать методику применения горчичников.
23. Продемонстрировать методику кормления больного, прикованного к кровати.
24. Приготовить необходимое оборудование для очистительной клизмы, продемонстрировать методику ее применения на муляже.
25. Продемонстрировать на муляже методику пользования подкладным судном и мочеприемником у больных мужского и женского пола.
26. Подготовить посуду для взятия анализа мочи по Зимницкому, дать соответствующие указания больному.
27. Подготовить необходимые средства и провести гигиену полости рта, носа и уха тяжелобольному.
28. Подготовить необходимые средства и провести профилактику образования пролежней.
29. Продемонстрировать методику проведения реанимационных мероприятий (искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца) на фантоме.

Дневник

прохождение производственной практики по уходу за больными

студента II курсу _____ факультета _____ группы

(ФИО)

Место прохождения практики:

Кафедра _____

Клиническая база _____

Дата, часы работы *	Содержание произведенной работы **	Подпись преподавателя ***

* отдельно указываются часы работы во время аудиторной подготовки и самостоятельной работы

** приводится перечень выполненных манипуляций и заданий с указанием в скобках их количества, номера палаты или названия подразделения отделения, где они непосредственно выполнялись

*** выполнение манипуляций и заданий во время аудиторной подготовки удостоверяется подписью преподавателя, во время самостоятельной работы - преподавателем или старшей медицинской сестрой отделения.

Дополнение 2.

Итоговый отчет

о выполнении во время производственной практики работы в объеме
 обязанностей младшего медицинского персонала
 студента II курсу _____ факультета _____ группы

_____ (ФИО)

Место прохождения практики :

Кафедра _____

Клиническая база _____

№ п/п	Наименование манипуляций и процедур	Терапевтическое отделение
1.	Санитарно-гигиеническая уборка помещений	
2.	Приготовление и применение дезинфицирующих растворов	
3.	Санитарная обработка больных	
4.	Применение гигиенической ванны	
5.	Транспортировки больной в отделение	
6.	Проведение антропометрических исследований	
7.	Осмотр больных на наличие чесотки и педикулеза	
8.	Проведение расспроса больных	
9.	Исследование пульса на руках	
10.	Исследование пульса на ногах	
11.	Измерение артериального давления	
12.	Определение характеристик дыхания	
13.	Измерение температуры тела	
14.	Заполнение температурных листов	
15.	Раскладка и раздача лекарств больным	
16.	Закапывание капель в уши, нос, глаза	
17.	Применение горчичников, банок, компрессов	
18.	Применение грелки, пузыря со льдом	
19.	Применение клизм	
20.	Пользование подкладным судном, мочеприемником	
21.	Кормление больных, которые находятся на постельном режиме	
22.	Туалет кожи, уход за ногтями, волосами	
23.	Туалет полости рта, глаз, носа	
24.	Профилактика пролежней	
25.	Подготовка посуды для взятия анализов	
26.	Участие в проведении реанимационных мероприятий	
27.	Другое (указать)	

Подпись преподавателя _____

Литература

1. Ковалева О.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А. Пропедевтика внутренней медицины: учебник.-К.: ВСВ «Медицина», 2016.-752 с.
2. История болезни. Учебно-методическое пособие для студентов III курса медицинских факультетов. / Сыволап В.В., Лукашенко Л.В., Лихасенко И.В., Олейник А.И., Авраменко Н.Ф., Герасько М.П., Курилец Л.О., Поливода С.В., Познанская Е.А., Кравченко Т.В., Жеманюк С.П. – Запорожье, 2016. – 72 с.
3. Ослопов В.Н. Общий уход за больными в терапевтической практике, Учебное пособие для вузов. М: Геотар-Медиа, 2006.

Вспомогательная

1. Грандо А.А., Грандо С. А. Врачебная этика и деонтология. - К: Здоровье, 1994.
2. Общий уход за больными в терапевтическом и хирургическом стационарах / Под редакцией Визира А.Д. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Запорожье, 1996. - 112 с.

Содержание

1. Вступление.....	3
2. Тема 1.....	9
3. Тема 2.....	29
4. Тема 3.....	42
5. Тема 4.....	69
6. Организация лечебного питания больных.....	83
7. Перечень практических навыков для итогового контроля.....	95
8. Дополнение 1	97
9. Дополнение 2	98
10. Литературный правочник.....	99