

УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА
Для учащихся медицинских училищ

Л.С. Заликина

ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

Издание третье,
переработанное и дополненное

Допущено Главным управлением учебных
заведений Министерства здравоохранения СССР
в качестве учебного пособия для учащихся
медицинских училищ



Москва «Медицина» 1984

ББК 53.5
323

УДК 616-083(075.8)

Рецензент В. В. Мурашко, проф, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней II ММИ им. Н. И. Пирогова.

Заликина Л. С.

323 **Общий уход за больными.** — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1984. — 224 с, ил.

в обл:45 к. 170 000 экз.

В третьем издании пособия (второе вышло в 1979 г.) полностью переработан раздел о парентеральном введении лекарственных веществ, освещены особенности работы медицинской сестры в пульмонологическом и кардиологическом отделениях, а также в эндоскопических кабинетах отделений гастроэнтерологии и урологии. Описаны в отдельной главе особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста. В конце каждой главы приведены контрольные вопросы и задачи.

Учебное пособие соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначено для учащихся медицинских училищ.

4110000000-ЧМ7

3—————КБ-24—17—1984

ББК 53.5

039(01)—84

Издательство «Медицина», 1976

Издательство «Медицина», 1984, с изменениями

ПРЕДИСЛОВИЕ

Забота о здоровье людей является важнейшей социальной задачей Советского государства, что находит яркое отражение в постановлениях партии и правительства, В нашей стране созданы все условия для получения бесплатной, общедоступной, квалифицированной медицинской помощи. Право на охрану здоровья народа закреплено Конституцией СССР и обеспечивается государственной системой здравоохранения, проведением мероприятий, направленных на профилактику заболеваний и их лечение.

В принятых на XXVI съезде КПСС «Основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года» говорится о необходимости «Проявлять постоянную заботу о развитии системы здравоохранения. Поднять уровень и качество медицинского обслуживания населения. Предусмотреть дальнейшее расширение сети учреждений здравоохранения, совершенствование их структуры и рациональное размещение»¹

За последнее время значительное развитие получила специализированная медицинская помощь: кардиологическая, гастроэнтерологическая, пульмонологическая и др. Особое внимание уделяется охране материнства и детства. Успешно развивается медицинская наука.

В связи с расширением медицинской помощи и сети учреждений здравоохранения в СССР непрерывно возрастает потребность в квалифицированных медицинских кадрах. Важность хорошей подготовки медицинских сестер несомненна, так как их работа имеет большое значение в обслуживании больных и уходе за ними. Многогранные обязанности медицинской сестры определены всей историей существования этой профессии. От уровня культуры медицинских сестер, их высокой профессиональной подготовки зависит качество медицинской помощи.

Роль и ответственность медицинской сестры в работе лечебно-профилактических учреждений еще более возрастает в связи с переводом больниц на двухступенное обслуживание, при кото-

¹ Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года. — М.: Политиздат, 1981, с. 67.

ром непосредственный уход за больными и их лечение осуществляют врач и медицинская сестра. В настоящее время к уходу за больными привлекаются младшие медицинские сестры, прослушавшие курс лекций по уходу за больными и являющиеся первыми помощниками медицинской сестры.

Июньским (1983 г.) пленумом ЦК КПСС предусмотрены дальнейшее улучшение медицинского обслуживания населения и организации поликлинической помощи, увеличение количества коек в стационарах. Отсюда следует, что подготовка высококвалифицированных средних медицинских кадров, осознающих свою важную роль в системе медицинского обслуживания населения, является основным звеном в осуществлении широких мероприятий, направленных на охрану здоровья советских людей.

Автор выражает глубокую благодарность всем преподавателям медицинских училищ за критические замечания и ценные указания по второму изданию учебного пособия «Общий уход за больными», что способствовало его дальнейшему совершенствованию.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Неотъемлемой составной частью лечебного процесса является уход за больными. Он включает мероприятия, способствующие облегчению состояния больного и обеспечивающие успех лечения. В основном уход за больными осуществляет медицинская сестра, которая может привлекать к выполнению некоторых манипуляций младший медицинский персонал.

К уходу относятся четкое и своевременное выполнение всех предписанных больному лекарственных назначений, медицинских манипуляций и помощь при удовлетворении его естественных потребностей (еда, питье, движение, опорожнение кишечника и др.). От состояния больного зависит и объем ухода.

Весь уход за больными строится на принципе так называемого охранительного режима. К нему относятся устранение различных раздражителей, отрицательных эмоций, обеспечение тишины, покоя, создание уютной обстановки и чуткое отношение.

Уход за больными не ограничивается выполнением лечебных назначений. Правильный уход предусматривает также создание санитарно-гигиенической обстановки в палате, проведение лечебных процедур, обслуживание больного, наблюдение за всеми изменениями в его состоянии.

Уход за больными часто является одновременно профилактическим мероприятием. Так, уход за полостью рта у ослабленного больного предупреждает развитие стоматита (воспаление слизистой оболочки полости рта) или паротита (воспаление околоушных слюнных желез), а уход за кожей предотвращает образование пролежней. Общий уход за больными в стационаре, поликлинике и на дому осуществляют в основном медицинские сестры.

Задачи медицинской сестры по уходу за больными

Точное выполнение предписаний врача, проведение всех мероприятий, способствующих сохранению и восстановлению сил больного, облегчению его страданий, тщательное наблюдение за функциями всех его органов, предупреждение возможных осложнений, чуткое отношение к больному — все это составляет понятие ухода за больным.

Уход за больным является лечебным мероприятием, и разграничивать два понятия: «лечение» и «уход» нельзя, так как они тесно взаимосвязаны, дополняют друг друга и направлены на достижение одной цели — выздоровление больного.

Хотя медицинская сестра самостоятельно не осуществляет лечение больного, а только выполняет назначения врача, ее наблюдения имеют большое значение, так как, находясь около больного, она подмечает все изменения, происходящие в его состоянии, вовремя может оказать помощь и облегчить страдания больного.

Работа медицинской сестры весьма ответственна, она должна любить свое дело и внимательно относиться к больным. Известный польский врач Беганьский писал: «Кого не трогает человеческая нужда, кто не обладает мягкостью в обращении, у кого недостаточно силы воли, чтобы везде и всегда господствовать над собой, тот пусть лучше избирает другую профессию, ибо он никогда не будет хорошим медицинским работником».

Однако, помимо любви к делу и внимательного отношения к больному, медицинская сестра должна обладать необходимыми медицинскими знаниями. Она обязана не только знать все правила ухода за больными и умело выполнять лечебные процедуры (поставить банки, приготовить ванну, сделать инъекцию и др.), но и ясно представлять себе механизм действия лекарства или процедуры на организм больного.

Большое значение в уходе за больными имеет наблюдательность медицинской сестры. Научить наблюдательности очень трудно. Однако постоянное фиксирование внимания на мельчайших изменениях в состоянии больного постепенно развивает это качество.

Уход за больными делится на общий и специальный.

Общий уход включает мероприятия, которые могут проводиться независимо от характера болезни.

В специальный уход входят дополнительные мероприятия, проводимые только при определенных заболеваниях — хирургических, гинекологических, урологических, стоматологических и др.

Комплекс мероприятий по уходу за больными включает:

1) выполнение врачебных назначений — раздача медикаментов, проведение инъекций, постановка банок, горчичников, пиявок и др.

2) проведение мероприятий личной гигиены: умывание больных, профилактика пролежней, смена белья и др.;

3) создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате;

- 4) ведение медицинской документации;
- 5) участие в проведении санитарно-просветительной работы среди больных;
- 6) устройство удобной постели для больного и содержание ее в чистоте;
- 7) оказание помощи тяжелобольным во время туалета, приема пищи, физиологических отправлениях и т. д.

Во всех лечебно-профилактических учреждениях нашей страны существует двухступенная система обслуживания больных (врач и медицинская сестра), при которой непосредственный уход за больным и выполнение врачебных назначений возлагаются на медицинскую сестру. В обязанности младшей медицинской сестры входят уборка помещений и поддержание в них чистоты, оказание помощи при переключивании больного, проведение гигиенической ванны, подача тяжелобольным судна и обработка его после употребления. Эта система полностью себя оправдала: она отвечает современным гигиеническим требованиям, повышает культуру обслуживания и ведет к улучшению качественных показателей лечения.

По современным требованиям научной организации труда (НОТ) медицинская сестра освобождается от необходимости отлучаться из отделения, так как пища и медикаменты доставляются централизованно.

Научная организация труда (НОТ) в работе медицинской сестры

В Конституции СССР дана глубокая и четкая характеристика развитого социалистического общества как «общества высокой организованности». Это понятие включает современный научно обоснованный уровень управления и организации труда на каждом предприятии, в каждом учреждении. Высокая организованность во всех звеньях государственного и хозяйственного руководства, на каждом рабочем месте — обязательная предпосылка успешного решения задач, поставленных XXVI съездом КПСС. В современных условиях НОТ означает последовательное и неуклонное улучшение организации труда, основанное на достижениях науки и передовом опыте.

Дальнейшее совершенствование системы здравоохранения немыслимо без внедрения во все ее звенья элементов НОТ. К задачам НОТ относятся улучшение медицинской помощи населению, дальнейшее повышение ее качества, обеспечение оптимальных санитарно-гигиенических условий труда медицинского персонала, максимальной производительности труда и эффективной затраты рабочего времени, предупреждение про-

фессиональных заболеваний, использование трудового процесса как лечебного и профилактического фактора.

Физиология труда решает основную проблему — **утомления** организма, одновременно определяя мероприятия, способствующие его снижению. Утомление может возникать вследствие трудового процесса, а также в результате каких-либо недостатков в организации труда. Производительность труда утомленного человека намного ниже, чем хорошо отдохнувшего. Если развившееся в течение рабочей смены утомление настолько значительно, что не может быть ликвидировано за время ежедневного и еженедельного отдыха, наступает **переутомление** — болезненный процесс, для ликвидации которого необходима медицинская помощь. Поэтому НОТ предусматривает борьбу с повышенной утомляемостью.

Предметом НОТ являются наиболее рациональная расстановка кадров, целесообразное разделение и кооперирование труда, оснащение и оборудование рабочего места, исключающее непроизводительную затрату времени и труда, внедрение методов и приемов, облегчающих работу медицинского персонала. Централизованное снабжение бельем, продуктами питания, лекарствами и пр. позволяет среднему медицинскому персоналу значительно сократить время на посещение аптеки, пищеблока и уделить больше внимания непосредственному обслуживанию больных в отделениях. Изучение фактических затрат времени на различные элементы лечебного процесса может сократить непроизводительную затрату времени и труда медицинского персонала.

График работы среднего медицинского персонала составляется в зависимости от профиля отделения, числа находящихся в нем больных и др. Уход за больными — должен быть максимально приближен к индивидуальному, что может быть достигнуто прикреплением каждой медицинской сестры и младшей медицинской сестры к определенным палатам.

При организации своего рабочего места медицинская сестра должна соблюдать санитарно-гигиенические требования, нормы и правила, позволяющие создать максимальные удобства как для больных, так и для персонала. На рабочем месте медицинской сестры должно быть все необходимое. Следует оборудовать его так, чтобы исключить излишнюю затрату времени на разыскивание нужных медикаментов, инструментов, документации и т. п. Во всех отделениях следует оборудовать световую и звуковую сигнализацию по схеме больницы — дежурная медицинская сестра, что обеспечивает быструю реакцию ее на вызов. Организация телефонной или селекторной связи между всеми отделениями больницы существенно уменьшает непроизводи-

тельную затрату времени. Сестринские медицинские посты должны быть обеспечены инструментарием, необходимым для каждого отделения, специальным стендом, где перечисляются обязательные при различных заболеваниях исследования, правила подготовки к ним больных и взятия материала для анализов.

Как выяснилось в процессе становления НОТ, медицинские сестры в стационаре загружены ведением медицинской документации, сугубо хозяйственной деятельностью, не требующей медицинских знаний, что снижает эффективность их труда при значительной затрате физических сил.

Рационализацию труда медицинских сестер нельзя осуществлять в отрыве от врачебной работы. Практическая деятельность врачей и медицинских сестер, все виды и формы НОТ могут потерять свое значение и не дать эффекта, если персонал нарушает принципы деонтологии. НОТ и забота о культуре медицинского персонала, о должном его поведении и обращении с больными — единый процесс, звенья одной цепи.

Рационализацию труда старших медицинских сестер нужно осуществлять путем сокращения затраты времени на письменную работу путем внедрения готовых стандартных бланков, таблиц, графиков, заявок на материалы, упрощения системы учета, централизации получения и выдачи медикаментов, инвентаря, различных материалов.

Формы разделения и кооперации труда, если они отвечают конкретным условиям данного медицинского учреждения, способствуют экономии времени, сокращению материальных затрат, повышению эффективности труда, квалификации и творческой активности медицинских работников, устраняют монотонность труда, уменьшают утомляемость. Важнейшими моментами в области НОТ являются улучшение условий труда и рациональная организация рабочего места медицинского персонала.

Моральный облик медицинской сестры

Залогом успеха работы медицинской сестры является ее любовь к своей профессии. Дисциплинированность, точность выполнения врачебных назначений, постоянное стремление к совершенствованию своих знаний, повышению общей культуры являются основными качествами медицинской сестры. Она должна быть всегда приветлива и спокойна.

Известный советский хирург-онколог Н. Н. Петров (1876—1964) утверждал, что медицинских сестер надо выбирать из числа женщин, носящих в своей душе огонь бескорыстной любви

к своему делу и к тем людям, для которых оно делается. Ни в одной профессии не ощущается такой острой необходимости в гармоничном сочетании сердца и разума, как в труде медика.

Подход к каждому больному должен быть индивидуальным. Под влиянием болезни, неприятных ощущений и болей больные часто становятся возбужденными, нетерпеливыми, капризными. Не следует вступать с больным в пререкания, повышать голос. Наоборот, нужно успокоить больного и в чем-то даже уступить ему, но в то же время настойчиво требовать выполнения всех необходимых мероприятий, заставить подчиняться существующим правилам. По отношению к недисциплинированному больному необходимо проявлять известную строгость. Если больной находится в угнетенном состоянии, думает о неизлечимости своего заболевания и смерти, нужно отвлечь его от тяжелых мыслей, внушить веру в выздоровление. В этих случаях следует скрывать от больного действительную тяжесть состояния, а иногда даже сознательно вводить его в заблуждение, чтобы поддержать в нем бодрость духа, необходимую для сохранения сил.

Не следует оказывать предпочтение кому-либо из больных, так как это вызывает у остальных раздражение и недоброжелательность. Нельзя проявлять брезгливость, особенно в отношении тяжелых и нечистоплотных больных, а наоборот, стремиться по возможности облегчить их страдания.

Для завоевания авторитета у больных большое значение имеет внешний вид медицинской сестры. Она должна быть образцом чистоты и аккуратности. Очень важна опрятность одежды с учетом установленной формы (рис. 1). На медицинской сестре должны быть белый чистый халат, белая косынка или шапочка, покрывающая волосы, тапочки, позволяющие бесшумно передвигаться и легко поддающиеся дезинфекции. Халат и головной убор необходимо оставлять в специально отведенном шкафчике. Брать их домой категорически запрещается. В настоящий момент допускаются различные виды одежды медицинской сестры. Внешний вид медицинской сестры должен успокаивающе действовать на больных. Не рекомендуется, находясь на работе, применять косметику. К опрятной и скромной медицинской сестре больные относятся с большим уважением.

Медицинская сестра должна соблюдать медицинскую этику. Среди множества сложных особенностей медицинской профессии очень важны контакт с больным и доброжелательное к нему отношение. Успех лечения определяется способностью медицинской сестры найти подход к больному, завоевать его доверие. Высокая квалификация медицинской сестры, ее мастерство

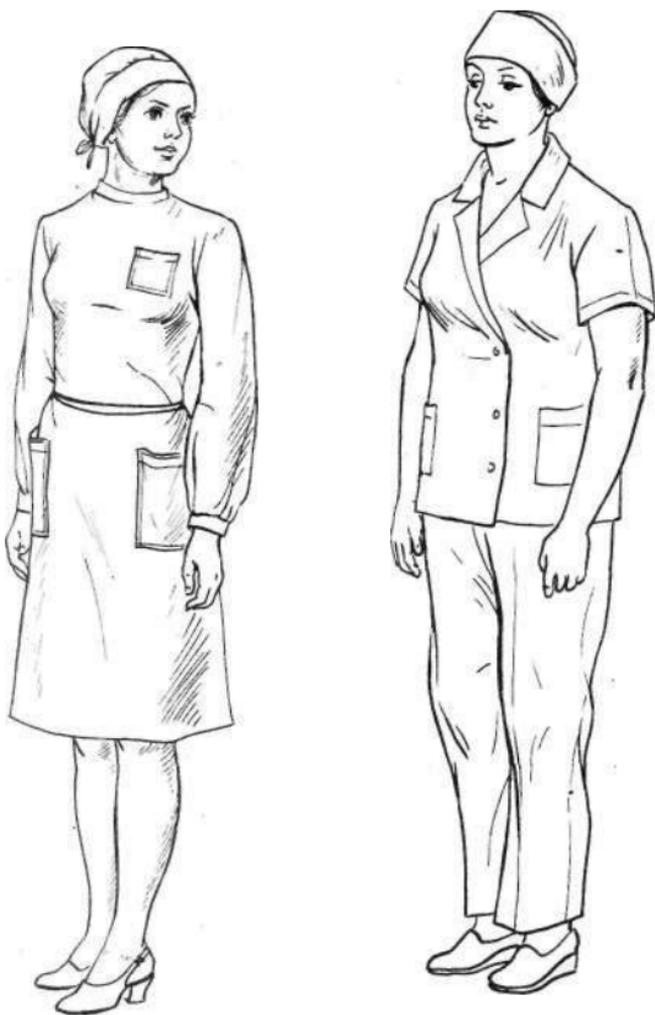


Рис. 1. Форма одежды медицинской сестры.
а — палатной; *б* — операционной.

проявляются в умении сдерживать свою реакцию на нередко грубый поступок больного, в понимании его состояния.

Допущение малейшей ошибки или небрежности медицинского персонала может привести к роковым последствиям. Халатность, равнодушие и формализм медицинских работников нетерпимы. Само звание «медицинская сестра» (сестра милосердия) говорит о том, что больной ждет к себе теплого отношения. Медицинская сестра общается с ним чаще, чем врач, и характер ее поведения непосредственно отражается на больном.

Известен афоризм: «Каждый болен своей болезнью плюс! страх». Вот почему очень важно не вселить в больного новые сомнения своим поведением, неосторожными высказываниями! и необдуманном советом.

Профессия медика требует не только специальных знаний, но и особых душевных качеств, горения, самоотдачи. Древнее изречение гласит: «Избрав врачевание — отдай все». История отечественной медицины знает множество примеров подлинного героизма медицинских сестер, движимых чувством общественного долга и гуманизма.

Организатором первых сестринских общин в России был великий русский хирург Н. И. Пирогов, который в 1844 г. на средства благотворительных организаций создал общину сестер милосердия в Петербурге. Медицинские сестры должны были дежурить возле больных в больнице и на дому. В период Крымской войны (1853—1856) 20 сестер милосердия под непосредственным руководством Н. И. Пирогова были направлены в район военных действий, где работали на медпунктах и в госпиталях. Навсегда останутся в памяти имена сестер милосердия) Е. Хосевич, Е. Бакуниной, Н. Хитрово и др., самоотверженно трудившихся на поле боя.

Примером высочайшего героизма явился самоотверженный труд медицинских сестер в период Великой Отечественной войны, которые, не щадя собственной жизни, выносили с поля боё сотни тысяч раненых и оказывали им первую медицинскую^ помощь.

Подготовка медицинских сестер в Советском Союзе осуществляется в медицинских училищах со сроком обучения 2 год 10 мес для лиц с 8-летним и 1 год 10 мес с 10-летним образованием. Непрерывное расширение медицинской помощи и роси сети здравоохранения в СССР вызывают все возрастающую потребность в квалифицированных медицинских сестрах.

Контрольные вопросы

1. Что предусматривает общий уход за больными?
2. Каковы задачи НОТ?
3. Что характеризует моральный облик советской медицинской сестры!
4. Какой должна быть одежда медицинской сестры в отделениях больницы?

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Эффективность лечения в немалой степени зависит от доверия больного к медицинским работникам. Вольтер писал: «Надежда выздороветь — половина выздоровления». На всех этапах лечения необходимо вселять в больного веру в выздоровление, что является долгом медика-гуманиста, а гуманизм — органическое свойство медицинской профессии.

Во взаимоотношениях с больными медицинский персонал должен сохранять ровность тона, выдержку, следить за культурой речи, не допускать фамильярности. Нужно стараться создать у больного хорошее настроение. Медицинская сестра, обладающая тактом, всегда пользуется расположением больных.

В каждую историческую эпоху складывались свои понятия о справедливости, чести, долге. Медицина — одна из древнейших профессий. Она накопила богатый опыт врачевания и обрела определенную специфику, во многом отличающую ее от других видов человеческой деятельности. Для медицины характерны свои нормы морали и этики, обусловленные социально-политическим строем. С древних времен к людям, занимающимся медициной, стали предъявлять особые нравственные требования. В античной медицине был сформулирован целый кодекс нравственных требований и моральных норм, которыми должны были руководствоваться медики.

Особую известность получили нравственные заповеди основоположника античной медицины Гиппократ (460—377 гг. до н. э.), придававшего большое значение авторитету врача. Он писал: «Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан .., затем ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду .., ибо все это обыкновенно приятно для больнж ... Пусть он также по своему нраву будет человеком прекрасным, добрым и как таковой значительным и человеколюбивым».

В период средневековья большое внимание поведению медицинских работников уделял философ и ученый Авиценна (Ибн Сина), который утверждал, что медик должен обладать особыми физическими и духовными качествами — глазами сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва.

Поведение и взаимоотношения людей в обществе регулируются множеством норм, правил и обычаев. Правила, устанавливающие обязанности отдельных людей по отношению друг к другу и к обществу, разнообразны. Одни из них, так называе-

мые правовые нормы, изложены в государственном законодательстве. За нарушение этих норм человек привлекается к судебной ответственности. Однако охватить юридическими нормами все стороны человеческих взаимоотношений невозможно. Кроме правовых имеются моральные нормы. Если человек оскорбил или оклеветал кого-либо, то по существующему законодательству он привлекается к судебной ответственности. Если же он ведет себя неприципиально, нечестно, но юридических законов не нарушает, он не может быть наказан в судебном порядке. Так, за неоказание помощи больному без уважительной причины, если такое действие медицинского работника могло привести к опасным для больного последствиям, этот работник привлекается к уголовной ответственности. Однако, если он проявляет недостаточно чуткое отношение к больному, то такое поведение с морально-этической стороны, несомненно, достойно решительного осуждения, но не является поводом для привлечения к юридической ответственности. В этих случаях действуют правила, опирающиеся на общественное мнение, оценивающее каждый поступок, что отражается на поведении людей и влияет на их сознание.

Этика — учение о морали, нравственности и об их классовой сущности. Медицинская этика — отражение гуманизма в деятельности медицинских работников. Марксизм-ленинизм утверждает, что этика и мораль — форма общественного сознания, возникающая из потребности общества в правилах, регулирующих поведение людей, их отношении друг к другу и к общественным ценностям. Она включает совокупность принципов регулирования норм поведения медицинских работников, обусловленных спецификой их деятельности и положением в обществе, рассматривает взаимоотношения медицинского работника с больными и их родственниками, физическую и моральную чистоплотность.

Великая Октябрьская социалистическая революция дала трудящимся нашей страны широкие гражданские права, нашедшие отражение в Конституции. На смену буржуазной морали пришла новая, социалистическая мораль, основанная на принципах марксизма-ленинизма. Коммунистическая мораль требует от людей простоты и скромности, правдивости и честности, принципиальности и мужества, любви к труду, взаимного уважения и заботы в отношениях между родителями, детьми, товарищами, друзьями и т. д. Она включает гуманизм, благородные представления о справедливости, общем благе, добре, честности и формирует высоконравственные нормы поведения, проникнутые духом сотрудничества и коллективизма.

Медицинская этика включает совокупность принципов регу-

ипования норм поведения медицинских работников, обусловленных спецификой их деятельности и положением в обществе. Нормы и принципы медицинской этики правильно ориентируют медицинских работников в их профессиональной деятельности. Приобретение медицинской профессии должно быть призванием, а не делом случая.

Частью медицинской этики является деонтология. Деонтология как учение о должном в области медицины и практического здравоохранения в отличие от других отраслей весьма специфична. Это объясняется тем, что усилия медицинских работников направлены не только на лечение больных, но и на профилактику заболеваний, охрану здоровья и жизни человека. Советская медицина углубила и расширила деонтологию как науку, исходя из принципов социалистического гуманизма.

Для оптимального осуществления принципов деонтологии и медицинской этики необходимы следующие условия: чувство долга, призвание к своей профессии и постоянное совершенствование знаний. Медицинский работник должен располагать к себе больного и внушить ему веру в целительную силу медицины. Гиппократ говорил: «Все, что надо делать, делай спокойно и умело ... Больного надо, когда следует, ободрить дружески, веселым, учтивым словом. В случае необходимости строго и твердо отклонять его требования, в другом случае окружить больного любовью и утешением».

Очень важна общая атмосфера в отделении. Если больной видит спокойно и четко работающий медицинский персонал, он проникается уверенностью, что находится в надежных руках, и успокаивается. Если же, кроме того, больной видит не только высококвалифицированных специалистов, но и доброжелательных, сердечных людей, проявляющих к нему участие, у него появляется особое доверие к персоналу и налаживается полный контакт с ним, что обеспечивает хорошие результаты лечения.

Роль слова в лечении больного всегда оценивалась высоко. Иногда медицинские работники допускают в присутствии больного высказывания, которые приводят к так называемой ятрогении — заболеванию, вызванному неправильно истолкованными больным словами или поведением медицинского персонала. К причинам ятрогенных заболеваний относятся недостаток общей и медицинской культуры, торопливость, сообщение больному неблагоприятного диагноза, прогноза болезни, результатов исследований и т. д. В случае любого заболевания медицинская сестра должна щадить психику больного. При наличии онкологического заболевания на вопросы больного нужно отвечать осторожно. Нельзя вслух выражать сожаление, что он обратился за медицинской помощью поздно, что болезнь запу-

щепа и излечить ее трудно. Нельзя «утешать» больного тем! что в настоящее время медицина еще бессильна помочь ему! У постели умирающего больного, даже находящегося в бессознательном состоянии, медицинская сестра не должна высказываться о неблагоприятном прогнозе данного заболевания, так как находящиеся в палате другие больные могут принять ее слова на свой счет. Медицинская сестра должна помнить, что слово не только лечит, но и ранит, поэтому в присутствии больного следует избегать непонятных терминов. Нельзя рассказывать больному или обсуждать при нем, что происходит в других палатах. Известны случаи, когда младшие медицинские сестры или технический персонал сообщали больному результаты исследования, прогноз заболевания. Это недопустимо.

Контрольные вопросы

1. Что такое этика?
2. Что характеризует этику советской медицинской сестры?
3. В чем заключается понятие деонтологии?
4. Какова роль слова в лечении больного?

Глава III

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В Советском Союзе для оказания медицинской помощи населению создана широкая сеть лечебно-профилактических учреждений, которые осуществляют прием больных и обслуживают их на дому.

Лечебные учреждения делятся на два основных вида: амбулатории и больницы. К учреждениям амбулаторного типа относятся амбулатории и поликлиники, здравпункты, диспансеры, женские консультации. Эти учреждения, кроме оказания медицинской помощи, проводят большую профилактическую работу по охране здоровья населения и предупреждению заболеваний.;

Амбулатории

Амбулатория — лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее внебольничную медицинскую помощь и имеющее не более 5 врачебных должностей. Врачи проводят прием лишь по основным специальностям. Амбулатории могут находиться в сельской местности, недалеко от фельдшерских пунктов, и

врачи амбулатории контролируют их работу путем систематических плановых выездов, во время которых проводят прием больных. Амбулатории относятся к районным поликлиникам или к медико-санитарным частям. Медицинская помощь в условиях амбулатории осуществляется по участковому принципу, который обеспечивает активное выявление больных, постоянное наблюдение за ними и своевременное оказание квалифицированной помощи, а также дает возможность изучения заболеваемости и повышения эффективности противоэпидемических мероприятий и санитарной культуры на участке.

К обязанностям сестры в амбулатории относятся подготовка кабинета и больных к приему, помощь врачу во время приема, заполнение паспортной части амбулаторной карты, измерение артериального давления, заполнение истории болезни, выписывание рецептов, а также выполнение несложных медицинских манипуляций.

Поликлиники

Поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение, которое входит в состав объединенной больницы. В поликлинике имеются все диагностические кабинеты, оснащенные современным оборудованием и новейшей аппаратурой, что позволяет обеспечить больных квалифицированной медицинской помощью. В поликлинике принимают врачи по всем специальностям, а также производятся лабораторные, рентгенологические и другие виды исследований. Больные, которые не могут прийти в поликлинику, вызывают врача на дом, где и получают квалифицированную помощь и консультацию, а в случае необходимости их госпитализируют. В каждой поликлинике есть процедурный кабинет, где делают инъекции, ставят банки, горчичники и др. Все больные, страдающие хроническими заболеваниями, находятся на диспансерном учете и регулярно посещают врача с целью профилактического осмотра. При многих поликлиниках имеется пункт неотложной помощи, который работает круглосуточно.

Работа медсестры в поликлинике сводится к следующему. Подготовка к приему врача: подклеивание к амбулаторным картам, заранее полученным в регистратуре, результатов лабораторных исследований, проверка санитарного состояния кабинета, обеспечение первоочередного осмотра врачом лижорадящих больных с острыми заболеваниями.

Помощь врачу во время приема: выписывание рецептов под диктовку врача, разъяснение больному, как собрать и куда сдать мочу, кал, кровь и др/ на исследование, как принимать лекарство

или как подготовиться к рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек и др.

Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий на участке: наблюдение за его санитарным состоянием, своевременное сообщение на санитарно-эпидемиологическую станцию (СЭС) об острых инфекционных заболеваниях на участке.

Ведение документации на больных, находящихся на диспансерном учете, и наблюдение за своевременной явкой их к врачу.

Проведение санитарно-просветительной работы среди населения своего участка.

В поликлиниках имеются специализированные кабинеты, где медицинские сестры делятся на две группы: а) работающие в кабинетах терапевтического профиля (терапевтический, педиатрический, неврологический), которым на приеме с врачом не приходится выполнять процедуры и манипуляции; б) работающие в кабинетах хирургического профиля (хирургический, отоларингологический и др.), которые на приеме выполняют различные лечебно-диагностические манипуляции и процедуры.

Участковая медицинская сестра, работая вместе с врачом, помогает ему обеспечивать все виды лечебно-профилактической помощи на участке. Большая роль отводится медицинской сестре в организации ухода за больными на дому и выполнении назначений врача. Помимо непосредственного ухода, она инструктирует родственников больного, как надо ухаживать за ним, убирать и проветривать помещение и т. д. Медицинская сестра выполняет все врачебные назначения (банки, горчичники, согревающие компрессы, пиявки).

Медицинские сестры амбулаторий и поликлиник должны являться на работу за 15 мин до приема врача, чтобы проверить состояние кабинета и рабочих столов, пополнить наборы документов в бланкотеках и рецептотеках врачей. Медицинские сестры проверяют очередность больных, пришедших на прием к врачу, наличие талонов, отвечают на вопросы посетителей, улаживают возникающие недоразумения, следят за порядком.

З дров пункты

Здравпункт — подразделение медико-санитарной части или поликлиники, организуемое на промышленных предприятиях, в совхозах, на стройках, в высших и средних специальных учебных заведениях и в профессионально-технических училищах.

Здравпункты могут быть врачебными и фельдшерскими. Наряду с оказанием первой квалифицированной медицинской помощи при травмах, внезапных заболеваниях и профессиональных отравлениях здравпункт осуществляет плановые санитарно-

гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия для предупреждения и снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

На здравпункте выполняются простейшие лечебные процедуры (перевязки, компрессы, банки, инъекции и др.). Здесь проводится работа по выявлению и устранению неблагоприятных факторов на производстве, вызывающих заболевания, санитарный надзор за пищевым блоком и профилактика острых инфекционных заболеваний, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа среди работающих (учащихся). Медицинские сестры регулярно посещают цеха и другие рабочие помещения, проверяют их санитарное состояние, наблюдают за условиями труда и соблюдением техники безопасности, проводят профилактику производственного травматизма, оказывают первую доврачебную помощь, ведут медицинскую документацию. Работа медицинской сестры ведется по участковому принципу.

Диспансеры

-**Диспансер** — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для выявления и учета больных, страдающих определенными заболеваниями. Существуют противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, врачебно-физкультурные, кардиологические, психоневрологические, наркологические диспансеры и в эндемичных районах — противозобные диспансеры.

В диспансере производится специализированное лечение, проводятся профилактические мероприятия, осуществляется диспансеризация больных.

Медицинская сестра любого диспансера ведет строгий учет больных, следит за своевременным проведением профилактических мероприятий, организует явку больных на прием к врачу, осуществляет патронаж (постоянная санитарно-просветительная работа на дому среди больных и окружающих родственников).

Женские консультации

Женская консультация является структурным подразделением родильного дома или поликлиники. В ней осуществляются акушерско-гинекологическая **ПОМОЩЬ** и диспансеризация беременных в течение всего периода беременности. Кроме выполнения своих обязанностей во время приема врача, медицинская сестра осуществляет также патронаж беременных, обучая их уходу за новорожденным и личной гигиене женщины.

Медико-санитарные части

Медико-санитарная часть — городская поликлиника или больница с поликлиникой, предназначенная для оказания лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий, строительных или транспортных организаций и членам их семей. Важнейшим направлением работы медико-санитарных частей является систематическое диспансерное наблюдение за состоянием здоровья рабочих, проведение профилактических осмотров с целью предупреждения и раннего выявления начальных форм заболеваний, а также принятие мер по правильному трудоустройству рабочих, перенесших тяжелые заболевания или страдающих хроническими болезнями (туберкулез, язвенная, гипертоническая болезнь и др.).

В сферу деятельности медико-санитарных частей также входит постоянное изучение и выявление всех факторов отрицательно влияющих на здоровье работающих, разработка совместно с администрацией и профсоюзной организацией комплексных планов мероприятий по улучшению санитарно-гигиенических условий труда и лечебно-профилактического обслуживания рабочих и служащих. Врачи и медицинские сестры медико-санитарных частей оказывают рабочим лечебную помощь, повседневно наблюдают их в производственных условиях, организуют и осуществляют профилактические мероприятия. В основе деятельности медицинских работников медико-санитарных частей лежит диспансерный метод.

Медицинская сестра работает по цеховому участковому методу. Она организует проведение профилактических осмотров рабочих, ведет учет больных, находящихся под диспансерным наблюдением, участвует в создании санитарного актива в цехах, инструктирует членов санитарных постов, проверяет санитарное состояние столовых, буфетов, душевых и умывальных комнат, присутствует на приеме цехового врача, выполняя все функции медицинской сестры поликлиники.

Станции скорой медицинской помощи

Станции скорой медицинской помощи организованы во всех городах Советского Союза. Они круглосуточно обеспечивают скорой медицинской помощью население в случае острой необходимости.

Выездной средний медицинский персонал помогает врачу бригады, все служебные распоряжения которого обязательны для немедленного и безоговорочного исполнения.

Фельдшера и медицинские сестры, вступая на дежурство,

обязаны получить спецодежду, узнать номер машины скорой помощи, на которой им предстоит работать, принять аппаратуру, ящик с медикаментами, проверить его содержимое, а также исправность всего остального оснащения, а в случае обнаружения недостачи или поломок принять меры к их устранению, проверить готовность автомашины к выезду: ее санитарное состояние, исправность радиосвязи. Средний медицинский персонал обязан знать и уметь использовать по указанию врача все содержимое медицинских ящиков, уметь работать с аппаратами. С этой целью необходимо посещать занятия по повышению квалификации.

На месте вызова средний медицинский персонал является непосредственным помощником врача и выполняет все его указания. В обязанности среднего медицинского персонала входит переноска больного на носилках, расцениваемая как вид медицинской помощи. Если невозможно подъехать на машине скорой помощи непосредственно к месту происшествия, выездная бригада обязана пешком дойти до места вызова, оказать медицинскую помощь и организовать доставку больного к машине. Отношение выездного персонала к больному должно быть внимательным, а к окружающим — участливым.

Ответственный фельдшер обеспечивает своевременное выполнение вызова, соблюдение инструкций по переноске и перевозке больных, оказывает в нужных случаях медицинскую помощь. По прибытии на место вызова ответственный фельдшер знакомится с имеющейся у больного медицинской документацией (направление в больницу и др.).

Больных в тяжелом состоянии выездной персонал должен транспортировать на носилках. Исключение могут составлять случаи, затрудняющие нормальную транспортировку (узкая лестница, короткий не прямой коридор и др.). В таких случаях больных следует переносить на руках, простынях, одеяле и пр.

При перевозке больного ответственный фельдшер садится рядом с ним. Если в дороге состояние больного резко ухудшилось, фельдшер обязан оказать ему помощь и срочно доставить в ближайшую больницу, где он сдает больного дежурному персоналу приемного отделения и оставляет за своей подписью сопроводительный лист.

Документы, ценности, деньги и вещи, обнаруженные при осмотре больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения или без сознания, фельдшер или медицинская сестра сдает в приемное отделение больницы под расписку и записывает в сопроводительном листе, кем приняты эти вещи.

Если по пути следования машины скорой помощи встречается несчастный случай, ответственный фельдшер обязан оста-

новить машину, оказать медицинскую помощь пострадавшему и доставить его в медицинское учреждение. Возвратившись на подстанцию, ответственный фельдшер сообщает диспетчеру сведения о выполнении вызова для записи их в специальную карточку. По окончании дежурства ответственный фельдшер снимает с автомашины врачебный ящик и сдает его для пополнения в аптеку или старшему фельдшеру, а прочее оснащение передает сменяющему его ответственному фельдшеру.

Больницы

Больница — лечебно-профилактическое учреждение для больных, нуждающихся в постельном режиме. Строительство больниц осуществляется по нормативам, установленным Министерством здравоохранения СССР. Современная больница представляет собой медицинское учреждение, оснащенное необходимой лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием.

Основными структурными частями больницы являются приемное отделение, административно-хозяйственная часть и лечебные подразделения. К лечебным подразделениям относятся диагностические и лечебные кабинеты, операционные, процедурные, перевязочные, специализированные отделения, палаты, где находятся больные. В состав лечебных подразделений входят также места для отдыха ходячих больных, столовая с буфетной комнатой и подсобные помещения (санузел, ванная, туалетная, бельевая).

Наиболее обширный контингент среднего медицинского персонала в больницах составляют медицинские сестры. К их обязанностям относятся: 1) лечебно-диагностическая работа — участие во врачебных обходах, измерение температуры тела, артериального давления, подсчет пульса у тяжелобольных, наблюдение за общим состоянием и физиологическими отправлениями больных, оказание в случае необходимости неотложной доврачебной помощи, раздача лекарств и наблюдение за их приемом, взятие материала для лабораторных исследований, выполнение различных манипуляций и инъекций;

2) уход за больными — переодевание, смена нательного постельного белья, уход за полостью рта, кожей, профилактик пролежней, проведение гигиенической ванны, кормление тяжело больных и т. д.;

3) подготовительная работа — мойка и стерилизация медицинского инструментария, раскладка медикаментов, подготовка рабочего места;

4) работа с документацией — ведение листа врачебных назначений, оформление направлений на лабораторно-инструмен-

тальные обследования и консультации; подготовка историй болезни к врачебным обходам (подклейка вкладных листов, результатов обследований), оформление документов на выписку, в том числе справок и больничных листов.

В каждом отделении больницы имеется процедурная сестра, которая выполняет лечебные и диагностические манипуляции и процедуры: внутривенные вливания, переливания крови и кровезаменителей, подготовка инструментария к спинномозговой пункции, взятие крови для биохимических анализов. В ряде случаев на медицинских сестер процедурных кабинетов возлагаются также проведение дуоденального зондирования, взятие для исследования желудочного содержимого, ингаляции. При совершенствовании организации труда процедурных медицинских сестер особое значение имеет централизованное снабжение каждого процедурного кабинета стерильным материалом и инструментарием. Создание централизованной стерилизационной службы позволяет ежедневно экономить 15% рабочего времени процедурных медицинских сестер, что составляет свыше 2 ч за дежурство.

Санитарный режим больниц

В соответствии с гигиеническими нормами на каждого взрослого больного должно приходиться 25 м^3 воздуха, что достигается площадью на 1 койку 7 м^2 при высоте помещения 3,5 м. В настоящее время максимальное количество коек в палате составляет 5—6. Для тяжелобольных в каждом отделении имеются одно- или двухместные палаты с отдельным санузлом. Окна палат должны быть ориентированы на юг или юго-восток. В вечернее время освещение палат электрическое. На лампочках должны быть матовые плафоны, чтобы яркий свет не раздражал зрение больных. При вызове в ночное время медицинская сестра зажигает ночник, который имеется у каждой постели, чтобы не нарушать сон остальных больных. Температура воздуха в палате должна быть $18\text{--}20^\circ\text{C}$. Для поддержания постоянной температуры и обеспечения чистоты воздуха палату необходимо регулярно проветривать: открывать форточки, фрамуги, а в летнее время окна. Частота и длительность проветривания зависят от времени года. В зимнее время проветривание производят не реже 2—3 раз в день, а летом окна при наличии сеток должны быть открыты круглые сутки. Во время проветривания медицинская сестра должна хорошо укрыть больных и следить, чтобы не было сквозняков. Проветривание является обязательным Мероприятием и не подлежит обсуждению со стороны боль-

В палатах должна стоять только самая необходимая мебель;

кровати, прикроватные тумбочки, стулья (по числу кроватей) и желательны общий стол. У двери ставят вешалку для халатов и бачок для мусора. На внутренней стене палаты укрепляют термометр, который показывает температуру воздуха. У каждой кровати имеются розетка световой сигнализации для вызова медицинской сестры или младшего медицинского персонала и наушники радиоприемника. Мебель расставляют так, чтобы она была доступна для уборки и удобна.

Кровати в палатах расставляют параллельно наружной стене с окнами. Расстояние между кроватями должно быть около 1 м, что облегчает осмотр больных, переключивание их, а также выполнение процедур. В настоящее время имеются никелированные или окрашенные масляной краской кровати, которые удобно протирать. Сетка должна быть хорошо натянута, без углублений, с ровной поверхностью. Для тяжелобольных, нуждающихся в возвышенном положении, пользуются подголовниками. Имеются также функциональные кровати, состоящие из трех подвижных секций. Перемещением их посредством ручки можно бесшумно и плавно придать больному наиболее удобное положение. На пружинную сетку кладут на матрасник. Для больных, страдающих недержанием мочи или кала, поверх на матрасника пришивают клеенку, которая должна покрывать постель на $\frac{1}{3}$ во избежание загрязнения матраса.

На прикроватном столике находятся личные вещи больного. Медицинская сестра периодически должна проверять содержимое столика, а младшая медицинская сестра — ежедневно протирать его. Для тяжелобольных имеются прикроватные передвижные столики, которыми легко пользоваться во время еды и чтения.

К кровати прикрепляется щиток, на котором указываются фамилия, имя и отчество больного, а также номер диетического стола.

В палате должно быть чисто. За санитарным состоянием палат постоянно следит медицинская сестра.

В помещениях больницы не должно быть грызунов, тараканов, клопов. При их появлении необходимо срочно вызвать работников СЭС для ликвидации насекомых и грызунов. Особое внимание следует уделять санитарному состоянию столовой и буфетной. Влажная уборка этих помещений должна производиться после каждого приема пищи.

Буфетчица, раздающая пищу, должна строго соблюдать правила личной гигиены. Халат или фартук и косынка должны быть всегда чистыми и выглаженными. Ногти на руках следует коротко стричь. Все помещения кухни, столовой, буфетов нужно содержать в образцовой чистоте. С этой целью ежедневно про-

изводят тщательную уборку: подметание и мытье полов, обметание пыли, протирка мебели, подоконников и др. Помещение **НУЖНО** проветривать каждый день. Генеральная уборка (мытьё стен, потолков, осветительной арматуры и др.) должна производиться не реже одного раза в неделю с применением моющих средств и 1% осветленного раствора хлорной извести. Стекла протирают по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

Обеденные столы из пластика (гигиеническое покрытие) оставляют открытыми. Столы с деревянными крышками покрывают скатертями, поверх которых можно класть полиэтиленовую пленку или клеенку. Если на столы заранее ставят хлеб, он должен быть накрыт чистой салфеткой.

Уборка обеденных столов после приема пищи больными включает удаление грязной посуды, столовых приборов, остатков пищи, сметание крошек и тщательное протирание клеенки или крышки стола. Для сбора грязной посуды используются специальные тележки. Для уборки столов с гигиеническим покрытием должен употребляться комплект белых салфеток с несмываемой маркировкой «для уборки столов». Каждый комплект должен состоять из двух салфеток (одна влажная, другая сухая для осушки покрытия). Салфетки должны иметься в количестве, обеспечивающем их смену по мере загрязнения. Стирка салфеток производится в том же порядке, что и стирка санитарной одежды. Уборочный инвентарь (тазы, ведра, щетки и др.) должен быть маркирован и закреплен за отделением; хранить его следует в закрытых, специально выделенных для этой цели шкафах. Для сбора пищевых отходов должны использоваться металлические ведра или баки с крышками (с педалью), которые при заполнении не более чем на $\frac{1}{3}$ объема очищают, затем обрабатывают 2% раствором кальцинированной соды, ополаскивают водой и просушивают. Длительное хранение пищевых отходов в отделении категорически запрещается.

Для питания больных может быть использована столовая и чайная посуда из фаянса, стекла, алюминия и нержавеющей стали. Нельзя употреблять столовую и чайную посуду с отбитыми краями и трещинами из-за опасности повреждения рук и полости рта. Для мытья столовой посуды в моечной устанавливают механические моющие машины. Перед закладкой в машину с посуды удаляют остатки пищи и ополаскивают ее. При мытье столовой посуды ручным способом оборудуют трех- и четырехваннные ванны. В третьем гнезде следует иметь специальные решетки для ополаскивания вымытой посуды. В инфекционном детских отделениях посуду после мытья кипятят.

ежим мытья посуды включает: а) механическое удаление

остатков пищи (щеткой, деревянной ложкой); б) мытье щеткой в воде, нагретой до 45—48°C, с добавлением моющих средств: 1% тринатрийфосфата или 0,5—2% кальцинированной соды, жидкости «Прогресо» и других средств, разрешенных санитарными органами для указанных целей; в) повторное мытье, в воде, нагретой до 50°C с добавлением 1% осветленного раствора хлорной извести в количестве 10 мл на 1 л воды; г) ополаскивание посуды в третьей ванне горячей водой (не ниже 70° С), для чего посуду следует загружать в специальные сетки и устанавливать на решетки; д) просушивание посуды в сушильном шкафу или на специальной полке, решетке; е) ежедневное после употребления тщательное промывание щеток и мочалок, которыми пользуются для мытья посуды, кипячение и просушка их; кипячение перед началом работы щеток и мочалок в 1% растворе кальцинированной соды.

Мыть обеденные приборы (ложки, ножи и вилки из нержавеющей металлов) нужно так же, как и столовую посуду, но вымытые приборы следует обязательно кипятить, а затем помещать в сушильные шкафы. Чистая посуда и инвентарь должны храниться в специальных шкафах или на стеллажах, покрытых чистой марлей или полотняной тканью.

Больничные режим

Время суток	Мероприятия	объем работы медицинской сестры.
7.00	Подъем	Зажигает свет в палатах
7.05--7.30	Измерение температуры	Раздает термометры, записывает результаты измерения в температурные листы и истории болезни
7.30—8.00	Утренний туалет	Помогает умыться тяжелобольным, обрабатывает полость рта, глаза, нос, причесывает больных. Переставляет постель, придает больным правильное положение в постели. Отправляет мочу, кал в лабораторию
8.00- 8.30	Раздача лекарств	Раздает больным лекарства и следит за их приемом
8.30- 9.00	Завтрак	Помогает буфетчице раздать пищу, кормит тяжелобольных
9.00- -10.00	Врачебный обход	Участвует в обходе и записывает назначения
10.00--13.00	Выполнение врачебных назначений	Сопровождает больных в рентгеновский кабинет, к консультантам,

Время суток	Меропр[я]тия	Объем работы медицинской сестры
		производит зондирование желудка для взятия желудочного сока, ставит горчичники, согревающие компрессы, делает инъекции, ухаживает за тяжелобольными
13.00—13.30	Раздача лекарств	Раздает больным лекарства и присутствует п{и их приеме
13.30—14.30	Обед	Помогает раздавать пищу, кормит тяжелобольных
14.30—16.30	Послеобеденный отдых	Проветривает палату, следит за тишиной в ней и в отделении, а также за состоянием тяжелобольных
16.30—17.00	Дневное измерение температуры	Раздает термометры, записывает результаты измерения в температурные листы и истории болезни
17.00—17.30	Послеобеденный чай	Следит за порядком в отделении, проверяет передачи родственников, оформляет документы (листы назначения, рецептурные листы и др.)
17.00—19.00	Посещение больных родственниками	Свободное время
19.00—19.30	Раздача лекарств	Раздает лекарства перед ужином
19.30—20.00	Ужин	Помогает раздавать пищу, кормит тяжелобольных
20.30—21.30	Выполнение вечерних назначений	Готовит больных к рентгенологическому исследованию на следующий день, ставит клизмы, банки, согревающие компрессы
21.30—22.00	Вечерний туалет	Подмывает больных, перестилает постель, придает им удобное положение, обрабатывает полость рта, проветривает палату и др.
22.00	Отход ко сну	Тушит свет в палатах, укрывает больных, следит за тишиной в палате и отделении

Обязанности младшей медицинской сестры

К подъему больных, т. е. к 7 ч утра, младшая медицинская сестра должна быть на месте с подготовленным инвентарем для утреннего туалета больных и уборки помещений. Она за-

жигает свет в палате и, пока палатная медицинская сестра измеряет температуру больным, младшая медицинская сестра проветривает помещение — открывает фрамуги или окна в зависимости от сезона. Затем ослабленным больным подает таз и воду для умывания, а тяжелобольных умывает сама, выносит плевательницы и судна, перестилает постели. Больным, находящимся на строгом постельном режиме, необходимо подавать! подкладные судна и мочеприемники до завтрака. Собирать мочу или кал для лабораторного исследования нужно также до завтрака. Младшая медицинская сестра подмывает больных, страдающих недержанием мочи или кала, а также женщин с выделениями из влагалища и лежачих больных.

После завтрака, с 8 до 9 ч утра, младшая медицинская сестра производит уборку палат, чтобы к 9 ч, т. е. к врачебному обходу в палате было чисто.

Влажную уборку необходимо производить 3 раза в день: используя при этом дезинфицированные растворы (табл. Г) Для влажной уборки применяют осветленный раствор хлорной извести, который готовят следующим образом: на 10 л холодной воды берут 1 кг хлорной извести и помещают в темную стеклянную бутылку. В зависимости от количества палат и объема работы в отделении должна иметься большая бутылка на 16—20 л чтобы каждый день не готовить раствор. Этот раствор должен отстаиваться в течение 12 ч, затем его сливают и хранят в туалетах или в специально отведенных помещениях в темном месте так как на свету хлорная известь разлагается и теряет свои дезинфицирующие свойства. На одно ведро воды следует брать 200 г осветленного раствора. Уборка должна производиться щеткой шваброй, тряпками, смоченными дезинфицирующими растворами. Во время влажной уборки младшая медицинская сестра надевает резиновые перчатки.

После ужина младшая медицинская сестра протирает пол влажной тряпкой, проветривает палату, помогает медицинской сестре выполнять вечерние назначения (ставить клизму, подмывать больных и пр.), накрывает тяжелобольных одеялом и гасит свет в палатах. После отхода больных ко сну медицинский персонал должен наблюдать за тяжелыми и беспокойными больными. Младшая медицинская сестра должна следить, чтобы в отделении всегда было чисто, не было неприятных больничных запахов. Персонал должен разговаривать тихо, телефонные разговоры допускаются только по необходимости (телефон устанавливается вдали от палат), звуковую сигнализацию заменяют световой. Ножки мебели должны быть снабжены резиновыми колпачками, дверные петли тщательно смазаны, соприкасающиеся поверхности обиты резиной.

Дезинфицирующие средства, применяемые для дезинфекции предметов ухода. помещений, ванн и уборочного инвентаря

Наименование	Дезинфицирующий агент	Концентрация	Экспозиция
Металлический инструментарий для осмотра зева, носа, уха	Кипячение в воде Тройной раствор	2% формалин, 0,3% фенол, 1,5% гидрокарбонат натрия	15 мин Погрузить на 45 мин с последующим ополаскиванием
Шпатели металлические	Кипячение в воде		15 мин
Инструменты из пластмассы и резины. Термометры медицинские	Хлорамин	0,5%	30 мин
	Перекись водорода Дезоксин	3% 0,1%	80 « 20 «
Щетки для мытья рук, мочалки	Кипячение в воде Автоклавирование	0,5 атм	15 мин 20 мин
Клеенка с кушетки для осмотра больного, клеенчатые фартуки	Хлорамин	1%	Двукратное протирание ветошью
	Осветленный раствор хлорной извести	0,5 %	
	Сульфохлорантин Дихлор-1	0,2 % 2%	
Наконечники для клизм стеклянные, пластмассовые	Кипячение в воде		15 мин. После использования промыть и погрузить в 1% раствор хлорамина
Ножницы для стрижки ногтей, бритвенные приборы	Тройной раствор	2% формалин, 0,3% фенол, 1,5% гидрокарбонат натрия	Погрузить на 45 мин
Машинка для стрижки волос	Спирт	70%	Разобрать и погрузить на 15 мин
Помещения и предметы обстановки (включая кровать и тумбочки)	Хлорамин	1%	Двукратное протирание ветошью
	Осветленный раствор хлорной извести	0,5%	
	Сульфохлорантин	0,2%	
	Дихлор-1	2%	
	Перекись водорода-f моющие средства	3% 0,5%	
Посуда	Кипячение в воде Хлорамин Дихлор-1	0,5% 1%	30 мин

режима в стационаре установление рационального распорядка дня, в котором предусмотрено устранение наиболее неблагоприятных влияний внешней среды (громкие разговоры, шум, хлопанье дверью), снижающих эффективность терапевтических мероприятий. Смена персонала, уборка помещений, измерение температуры тела должны производиться после подъема больных, т. е. не ранее 7 ч утра. В палате должны исправно действовать световая сигнализация и -ночники, чтобы ночью не беспокоить всех больных. Необходимо строгое выполнение правил, внутреннего распорядка персоналом и ознакомление с ними всех больных, поступающих в отделение.

Особенно важно устранять всевозможные отрицательные эмоции, которые могут быть вызваны у больных видом предметов медицинского ухода (окровавленные куски марли, шприцы и скальпели со следами крови, тазики, наполненные ватой и грязными бинтами, и др.). Большое значение имеет также хорошая организация досуга больных, чтобы отвлечь их от мыслей о своем заболевании. Желательно оборудовать специальную комнату или использовать коридоры: разместить стенды для книг, журналов, установить телевизор, который могут смотреть ходячие больные. Здесь же ходячих больных могут посещать родственники.

Велика роль прогулок на свежем воздухе, особенно летом. В свободное время больные занимаются чтением, настольными играми, вязанием, слушают радио через наушники. Меры, направленные на ограждение больного от отрицательных эмоций[^] должны приниматься с момента поступления в больницу вплоть до выписки.

Контрольные вопросы и задачи

1. Какие основные типы лечебных учреждений имеются в СССР?
2. Каковы обязанности медицинской сестры в амбулатории, поликлинике на здравпункте, в женской консультации и на станции скорой помощи?
3. Чем оснащена машина скорой помощи?
4. В чем заключается работа медицинской сестры в больнице?
5. Что обеспечивает вызывная сигнализация?
6. Как оборудованы палаты? Каковы правила соблюдения санитарног режима в палатах и подсобных помещениях?
7. Как оборудовать пост медицинской сестры?
8. Каков больничныи режим и режим больного?
9. Каковы принципы лечебно-охранительного режима в больнице?
10. В чем заключается НОТ в работе медицинской сестры отделения
11. В чем состоят обязанности младшей медицинской сестры?]
12. К больному с инфарктом миокарда вызвана машина скорой помощь[^] Как оборудована эта машина и каковы обязанности медицинского персонал во время перевозки?
13. Медицинская сестра противотуберкулезного диспансера направлена на патронаж к больному. Какие вопросы она должна обсудить с родственниками?

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: ПРИЕМ и СДАЧА ДЕЖУРСТВ

Многообразная работа лечебных учреждений находит отражение в медицинской документации, на основе которой разрабатываются статистические данные, используемые высшими органами здравоохранения при составлении планов развития лечебной и профилактической сети Советского Союза. Эта документация также обеспечивает преемственность и связь между врачами, лечебными и профилактическими учреждениями. Медицинская документация должна быть предельно точной по содержанию, четкой и аккуратной по форме. Медицинская учетно-оперативная документация, циркулирующая в лечебно-профилактических учреждениях, включает формы документов, непосредственно связанных с лечебно-диагностическим процессом.

В лечебных учреждениях системы Министерства здравоохранения СССР установлены единые формы трех видов медицинской учетно-оперативной документации. Первый вид — документы индивидуального учета, которые составляются на каждое лицо, обратившееся за медицинской помощью: карта стационарного больного (учетная форма № 3), медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 25), статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (учетная форма № 25в) и др. Второй вид учетно-оперативных документов ведется с целью регистрации результатов работы, проделанной за определенный период; листок ежедневного учета больных стационара и коечного фонда (учетная форма № 7), листок ежедневного учета работы врача (учетная форма № 39) и т. д. Третий вид медицинских учетно-оперативных документов служит для регистрации тех или иных медицинских мероприятий (журнал приема больных и отказа в госпитализации — учетная форма № 1, операционный журнал — учетная форма № 8 и т. д.).

Многочисленные исследования убедительно показали, что работа различных категорий персонала лечебно-профилактических учреждений с разнообразными формами медицинской документации является весьма трудоемкой. В настоящее время на всей территории СССР проделана большая работа по совершенствованию медицинской документации с точки зрения ее унификации. Созданы готовые бланки с вопросами, на которые врачи дают краткие ответы. К типовым текстам относится приготовление типовых рецептов, штампы-клише. Широкое рас-

пространение получил диктофонно-машинописный метод, при котором сокращается время, затрачиваемое на заполнение медицинской документации, повышаются качество и культура труда. Медицинская сестра с первых же дней самостоятельной работы сталкивается с большим количеством документации, правильное ведение которой зависит от ее общей и медицинской грамотности.

Виды медицинской документам»*»«

Одной из важнейших форм медицинской документации в стационаре является **история болезни**. Она предназначена для записи результатов наблюдения за состоянием больного в течение всего периода лечения в лечебно-профилактических учреждениях. История болезни — основной первичный документ, составляемый на каждого поступающего в стационар независимо от цели поступления, диагноза и срока нахождения в стационаре.

Оформление истории болезни осуществляется по установленной Министерством здравоохранения СССР форме на специальных унифицированных бланках, состоящих из титульного листа (обложка) и вкладышей. История болезни ведется в определенной последовательности: вначале заполняются графы титульного листа, содержащие паспортные сведения о больном, диагноз направившего его учреждения, час и дату поступления. Врач приемного отделения ставит диагноз при поступлении больного, делает необходимые записи в истории болезни о результатах его обследования и опроса. В отделении лечащий врач после подробного опроса и записи анамнеза больного ежедневно ведет дневник, куда заносит результаты обследования, способы лечения и данные исследований. Завершается история болезни эпикризом и записью на титульном листе окончательного диагноза, сведений об оперативном лечении, его осложнениях, побочном действии лекарств и исходе лечения. При выписке больного все заполненные листы, включая температурный лист, врачебные назначения и результаты лабораторных исследований, подклеивают в карман обложки истории болезни, после чего ее подписывают лечащий врач и заведующий отделением. Затем историю болезни передают в архив.

Для упрощения статистической обработки сведений, содержащихся в истории болезни, при выписке больного заполняют статистическую карту выбывшего из стационара.

История болезни является одним из основных документов при определении показателей деятельности больницы, а также служит юридическим документом. В истории болезни нельзя

зачеркивать, приписывать, заклеивать, стирать. Если больного направляют на консультацию в другое отделение, то сопровождающая его медицинская сестра несет историю болезни лично. Нельзя передавать ее кому-либо из персонала, а тем более самому больному.

Медицинская сестра ежедневно в порядке поступления подклеивает в историю болезни все результаты лабораторных исследований и отвечает за их сохранность. История болезни хранится на посту у медицинской сестры в ящике, запираемом на ключ и не доступном для больных. Категорически запрещается давать больному его историю болезни, сообщать данные о его болезни или результаты лабораторных исследований. Пропажа историй болезни из отделения является уголовным делом и карается законом, поэтому медицинская сестра должна следить за правильным хранением историй болезни и бережно относиться к ним.

Амбулаторная карта--^--основной документ поликлинических больных, в котором отмечают состояние больного, начиная с первого посещения, и все вызовы врача на дом в течение жизни больного. Если больной переезжает в другой район или город, туда пересылают его амбулаторную карту. Записи в амбулаторной карте короче, чем в истории болезни, а периоды наблюдения длиннее. Медицинская сестра должна аккуратно подклеивать все результаты лабораторных исследований в амбулаторную карту, а также следить за своевременным вызовом больных, находящихся на диспансерном учете.

В условиях работы объединенной больницы при поступлении больного в стационар его амбулаторную карту передают лечащему врачу, который после выписки больного вписывает в карту эпикриз с результатами важнейших исследований и возвращает ее в поликлинику. Каждому больному, находившемуся в стационаре, на руки выдают справку с указанием диагноза; если необходима подробная выписка из истории болезни, ее составляют по запросу лечебного учреждения, куда отправляют ее по почте.

Журнал приема больных и отказа в госпитализации находится в приемном отделении и тщательно заполняется медицинской сестрой. В нем отмечается, кем и когда больной направлен в стационар, номер истории болезни, заведенной на больного. Журнал служит главным источником сведений о больном для различных справок.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром пищевом и профессиональном отравлениях составляет медицинский работник, выявивший их при любых обстоятельствах или при подозрешш на них. Данное извещение посылают на СЭС

по месту выявления больного не позднее 12 ч с момента его об-
наружения.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняют в каждом отделении больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения. В отделениях, имеющих в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и др.), первой строкой в листки учета записывают сведения о числе коек и движении больнык в целом по отделению (включая и сведения по койкам узкого профиля); в последующие строки вносят сведения об узкопрофильных койках. Эти сведения включают также данные о движении больных, страдающих заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек, независимо от того, на каких койках данного отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически некоторые дни в отделении находилось не 3, а 5 урологических больных и более — движение этих больнык показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больнык приводятся по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, находившихся в отделении, имевшем урологические койки.

Для получения суммарнык даннык по больнице сведения из листков отделений, полученнык- и провереннык в кабинете статистики, вносят в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание. Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется старшей медицинской сестрой больницы, заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом.

В графе листка показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами. В это число не включают приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т. д., в связи с переполнением отделения.

Обменная карта заполняется при направлении больного в стационар. Она состоит из трех частей: корешок остается в поликлинике, во вторую часть вносят данные о диагнозе, результаты лабораторнык исследований, лечебные мероприятия, а

-/ретью «іасібі ззюляе Бра^; стационара прк }*ьіііске боль-

нег^р. **Уаішчраіццтую** карту постз'пйвшего в больницу заполняет медицинская сестра, на осЕюванки сведений из истории болезни и отправляет после выписки больного в отделение статистики.

Тетрадь врачебных назначений имеется в каждом отделении стационара. Медицинская сестра вносит в нее все врачебные назначения каждому больному. Данные она берет из истории болезни^ или непосредственно у лечащего врача.

Приводим образец оформления тетради врачебных назначений.

№ п/п	Дата	Фамилия имя, отчество больного	Врачебные назначения
-------	------	-----------------------------------	----------------------

В тетрадь для передачи дежурств вносят все назначения, которые должна выполнить сменная медицинская сестра, а именно вечерние назначения (клизмы, банки, горчичники и др.), подготовка больных к рентгенологическому исследованию, дача лекарств на ночь, взятие мочи, кала для лабораторного исследования и т.д.

Тетрадь поступления и выписки больных ведет старшая медицинская сестра отделения. В ней отмечают дату поступления и выписки, количество койко-дней, которые больной провел в отделении, причем день поступления и день выписки считают за один день, диагноз при поступлении и выписке. Приводим образец оформления такой тетради.

№ п/п	Дата поступления	Фамилия, имя, отчество больного	Дата выписки	Количество койко-дней	Диагноз	
					при поступлении,	при выписке

Процедурный лист служит для ежедневной регистрации отпускаемых процедур. Листы используются в оперативных целях для определения объема и характера проводимых мероприятий.

Истории болезни должны храниться в архиве стационаров 25 лет, а в поликлиниках в течение всего срока лечения больных. Хранить документы следует в сухих помещениях на специальных стеллажах, где четко указан год, что позволяет быстро найти нужную историю болезни. Наиболее часто употребляют картотеки-папки, которые вмещают несколько десятков историй болезни, для удобства их можно разделить с помощью разграничителей. В поликлинических регистратурах используются стеллажи для вертикального хранения карточек. Для повышения их обзорности целесообразно шире использовать разделители и средства цветной индикации. В частности, рекомендуется маркировать различными цветными индикаторами корешки амбулаторных карточек разных территориальных участков или же по номерам участков. Попадание карточки больного «чужой» участок обнаруживается с первого взгляда. В настоящий момент в регистратурах и архивах ряда медицинских учреждений используют различные виды механизированного картотечного оборудования, состоящего из металлических контейнеров, внутри которых имеются подвижные ярусы для размещения историй болезни и карточек, легко передвигающиеся, вверх и вниз.

Прием и сдача дежурств

Одним из важнейших моментов преемственности в лечении, больных является передача дежурств. Медицинская сестра не имеет права покинуть пост, если не явилась смена. За время своей смены она должна выполнить все назначения врача и осуществить надлежащий уход за больными. Медицинская сестра, пришедшая на смену, вместе с медицинской сестрой, окончившей работу, обходит палаты, осматривает тяжелобольных и отмечает в специальной тетради объем невыполненной работы, указывая фамилию больного и номер палаты, а также проверяет санитарное состояние палаты и соблюдение больными правил личной гигиены. Медицинская сестра принимает термометры, шприцы, медикаменты, ключи от шкафов А и Б, проверяет наличие наркотиков и расписывается в журнале. Принимающая дежурство медицинская сестра следит, чтобы младшая медицинская сестра получила нужное количество запасного белья на ночь у сестры-хозяйки, знакомится с заранее составленным списком назначений. В конце смены медицинская сестра составляет Сводку движения больных (число больных на начало суток, число поступивших и выбывших, число больных на начало следующих суток).

Контрольные вопросы и задачи

1. Перечислите основные виды медицинской документации.
2. Что обеспечивает карта экстренного извещения?
3. Где должна находиться тетрадь врачебных назначений?
4. Какую часть истории болезни может заполнить медицинская сестра?
5. Как хранить и отыскивать истории болезни?
6. Как должна происходить передача дежурств?
7. Что относится к типовым текстом?
8. Какова ответственность медицинского персонала за пропажу истории болезни?
9. Медицинская сестра недостаточно четко записала в тетрадь врачебные назначения. Какие последствия могут возникнуть в связи с этим?
10. Медицинская сестра, закончившая работу, не сдала дежурство сестре, пришедшей на смену. Как это может отразиться на больных?

Глава V

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ-

ОСорудо801^1ие понещения приемного отделения

Приемное отделение (приемный покой) является частью стационара, предназначенной для приема, регистрации, осмотра и санитарно-гигиенической обработки больных. В приемном отделении осуществляется первичная диагностика, оказывается первая медицинская помощь.

Приемное отделение располагается в зависимости от планировки и строительства больницы. Существует централизованное и децентрализованное приемное отделение. **Централизованное** приемное отделение находится в одном здании со всеми отделениями больницы. **Децентрализованное** приемное отделение располагается отдельно, при этом каждое отделение имеет самостоятельное приемное отделение. Приемное отделение должно быть расположено вблизи въезда на территорию больницы и доступно для транспортировки больных. Для этого необходимы удобные мощеные или асфальтированные подъездные пути, широкие лестницы и двери для прохода с носилками.

Приемное отделение состоит из смотровых кабинетов, где производится осмотр больных, санпропускника, регистратуры, изоляторов для помещения больных, подозрительных на инфекционные заболевания, диагностических палат, где находятся больные до уточнения диагноза. Эти палаты размещают несколько обособленно, и они имеют отдельный санузел. В приемном отделении крупных больниц имеются операционная, травматологический кабинет, манипуляционная и рентгеновский кабинет.

(-мгтровые кабинеты обеспечиваются бельем, которое следует менять, после каждого больного. Для оказания срочной медицинской помощи имеется необходимый инструментарий.

Все кабинеты приемного отделения должны иметь, прямое естественное освещение. Температура воздуха в помещении должна быть не ниже 25 °С во избежание переохлаждения больного во время переодевания. Возле каждой кушетки в смотровых кабинетах должна быть деревянная решетка. Помещения для хранения одежды больных (узельные) нужно размещать в непосредственной близости от приемного отделения.

От правильной организации труда и поведения медицинского персонала зависит качество обслуживания больных. В последние годы значительно изменился характер деятельности медицинских работников приемного отделения. Возросли требования к качеству обслуживания, увеличился объем медицинской помощи, улучшилось оснащение аппаратурой. В связи с этим возросли требования к среднему медицинскому персоналу, к его общей и специальной подготовке. Правильная и четкая работа приемного отделения во многом определяет работу больницы.

Приемное отделение должно быть обеспечено в достаточном количестве удобными исправными каталками и носилками для транспортировки больных в Отделение, а также верхней одеждой для ходячих больных в соответствии с сезоном года. Носилки и каталки обеспечиваются в достаточном количестве комплектами белья (простыни и одеяла), которые необходимо менять после каждого больного.

Работа приемного отделения осуществляется в строгой последовательности: регистрация больных, врачебный осмотр и санитарная обработка. Помещения приемного отделения должны быть размещены в таком же порядке.

После регистрации больного осматривают для выявления внешних признаков острозаразных заболеваний, после чего врач ставит предварительный диагноз, устанавливает вид санитарной обработки и медицинская сестра сопровождает больного в санпропускник.

Работа медицинской сестры в приемном отделении

В обязанности медицинской сестры входит: 1) оформление документации на поступающего больного; 2) Поверхностный осмотр больного на педикулез и возможные инфекционные заболевания; 3) сопровождение больного в кабинет врача; 4) проведение санитарно-гигиенической обработки; 5) транспортировка и сопровождение больного в отделение.

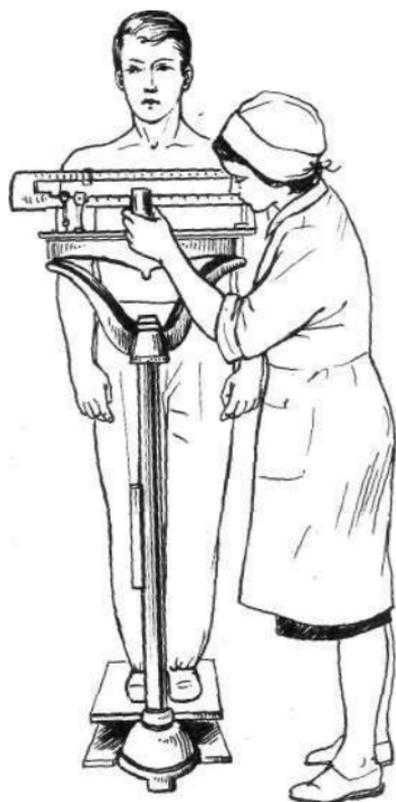
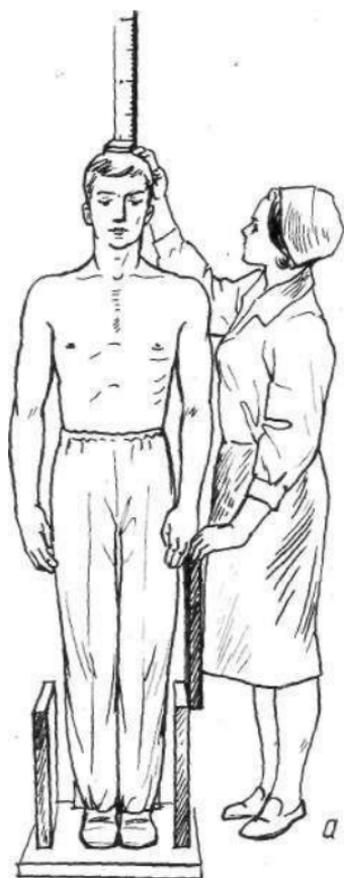
Оформление документации на поступающего больного заключается в заполнении паспортной части истории болезни, где отмечают его фамилия, имя и отчество, возраст, адрес, профессия и время поступления в больницу. Если больной доставлен в тяжелом или бессознательном состоянии, эти сведения получают от сопровождающих его лиц. Больного, поступающего в приемное отделение в тяжелом состоянии, немедленно направляют в специализированное лечебное отделение, где ему оказывают квалифицированную помощь. Однако чаще всего состояние больного позволяет заполнить на него медицинскую документацию, произвести первичный осмотр и санитарную обработку. Документы и ценности поступающих больных принимают и временно складывают в несгораемый шкаф под ответственность кладовщика приемного отделения или старшей медицинской сестры.

После заполнения паспортной части истории болезни медицинская сестра осматривает волосистые части тела больного на педикулез и кожу, чтобы исключить инфекционные заболевания. Если позволяет состояние больного, медицинская сестра производит антропометрию, взвешивание и только после этого сопровождает больного в смотровой кабинет к врачу для осмотра, постановки предварительного диагноза и установления вида санитарной обработки и транспортировки.

Антропометрия — определение физического развития человека путем измерения тела и его частей. Медицинская сестра производит измерение роста и окружности груди. Простейшие антропометрические исследования производят также медицинские сестры в отделениях стационаров, поликлиниках, санаториях, домах отдыха.

Рост измеряют ростомером. Вертикальная стойка прибора укреплена на площадке и имеет сантиметровые деления. Вдоль стойки передвигается горизонтально расположенная планшетка. При измерении роста больной стоит спиной к стойке, касаясь ее пятками, ягодицами, лопатками и затылком. Голова должна быть в таком положении, чтобы верхний край ушной раковины и углы глаз были на одной горизонтальной линии: планшетку опускают на голову и Отсчитывают деления на шкале по нижнему краю планшетки (рис. 3, а). В некоторых случаях больным Измеряют рост сидя; тогда к полученным цифрам прибавляют расстояние от скамейки до пола.

Взвешивание производят на медицинских десятичных весах, правильно установленных и хорошо отрегулированных, озвешивание рекомендуется производить натощак, в натальном ^елье, после мочеиспускания и желательного опорожнения кишечника. Тяжелобольных можно взвешивать сидя? предварительно



51



Рис. 3. Антропометрия.

— измерение роста; б—взвешивание,
в — измерение окружности грудк.

взвесив стул. Важно, чтобы больной осторожно становился на середину площадки при поднятом затворе; при этом следует избегать толчков. Когда равновесие достигнуто, затвор опускают. Массу тела определяют суммой двух чисел делений, у которых остановились грузы на нижней и верхней планках (рис. 3, б).

Окружность грудной клетки измеряют сантиметровой лентой, накладывая ее спереди по IV ребру, а сзади — под углами лопаток. Руки больного должны быть опущены, дыхание спокойное. Измерение производят во время выдоха и на высоте максимального вдоха (рис. 3, в).

После антропометрических измерений медицинская сестра присутствует при осмотре больного врачом, вызывает консультанта, помогает делать ЭКГ и другие срочные исследования для установления диагноза, а затем сопровождает больного в санпропускник для проведения санитарной обработки.

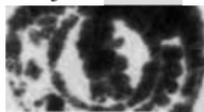
Санитарно-гигиеническая обработка больного

Санитарно-гигиеническая обработка больных в приемном отделении производится с учетом тяжести их состояния по одной или двухпоточной системе. В больницах с небольшим количеством коек существует однопоточная система санитарной обработки, при которой поочередно моют женщин, а затем мужчин. Двухпоточная система обеспечивает параллельную и одновременную санитарную обработку мужчин и женщин, что сокращает срок пребывания больных в приемном отделении.

В санпропускнике приемного отделения имеется смотровая комната, где больного раздевают и готовят к гигиенической ванне. В комнате стоят кушетка, шкафчики для чистого и бачки для грязного белья, стол, на котором находятся необходимые предметы для бритья, стрижки волос, мыло, мочалка. На столе находятся две кастрюли с надписями «чистые мочалки» и «грязные мочалки». После обработки каждого больного мочалки складывают в кастрюлю и кипятят. Для санитарной обработки ванны имеются специальные мочалки и щетки, которыми моют ванну после каждого больного. В настоящее время ванны комнаты снабжаются стерильными пакетами с чистым бельем и мочалкой. На стене висит термометр, указывающий температуру воздуха.

В смотровой комнате больного раздевают и составляют опись имущества в двух экземплярах: один прикрепляют к истории болезни, другой — к вещам, которые сдают в камеру хранения, где они находятся до выписки больного.

Медицинская сестра осматривает ВО ж ас Т ь г о л о в ы



и, если ооваруживает вши или гниды, не раздевая больного, усаживает его на кушетку и обрабатывает одним из имеющихся растворов: 1) 0,15% водно-эмульсионный раствор карбофоса; 2) 5% МiиЗb метилацетофоса; 3) 0,5% раствор метилацетофоса 4 такое же количество уксусной кислоты; 4) 5% шампунь метялс - цетофоса; 5) 0,25% раствор водно-эмульсионного дйкрезила; 6) 10% водно-мыльно-керосиновая эмульсия (40 ч. керосина, 35 ч. мыла К или хозяйственного, 25 ч. горячей воды).

Волосы смачивают одним из этих растворов и покрывают косынкой на 15—20 мин. Затем тщательно моют голову теплой водой и ополаскивают 6% раствором столового уксуса. При сбривании волосы собирают в клеенку или бумагу, которую сжигают. Если волосы оставляют, их вычесывают частым гребнем. Для уничтожения гнид волосы смачивают подогретым до 27—30 °С столовым уксусом при помощи ватного тампона, повязывают голову косынкой на 15—20 мин, затем тщательно вычесывают волосы частым гребнем и снова промывают.

При наличии вшей в белье его кладут в клеенчатый мешок, смоченный дезинфицирующим раствором (4% эмульсия ДДТ, гексахлоран, 0,5% раствор карбофоса, 1% водный раствор ацетофоса или метафоса), и направляют в дезинсекционную камеру для проведения камерной дезинфекции в территориальном дезинфекционном отделении по месту расположения больницы. На титульном листе истории болезни больного с педикулезом ставят букву «Р». Такой больной находится под особым наблюдением, ему производят повторные обработки до полной ликвидации педикулеза. О каждом таком больном сообщают на СЭС по месту его жительства.

Из смотровой комнаты медицинская сестра сопровождает больного в ванное помещение, которое должно быть просторным, светлым, чистым и теплым (25 °С). В ванной комнате должна быть специальная вентиляция. Во время гигиенической ванны открывать форточки и устраивать сквозняки категорически запрещается. Пол должен быть водонепроницаемым, покрыт кафелем. У каждой ванны должны лежать деревянные настилы, поверх которых кладут небольшие матерчатые салфетки. Их следует менять после каждого больного. Желательно, чтобы в ванной комнате были электрические устройства для подогрева полотенец или простынь для обтирания.

Перед обработкой больного ванну тщательно моют мочалкой или щеткой с мылом или каким-либо дезинфицирующим раствором. При наличии бурых пятен под краном их следует оттереть 3% раствором хлористоводородной кислоты. Затем ванну ополаскивают горячей водой и закрывают отверстие пробкой. Во время остывания ванну наполняют непосредст

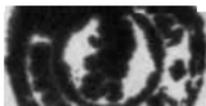




Рис. 4. Санитарная обработка больного в ванне.

венно перед приемом. Чтобы не образовались водяные пары, вначале наливают холодную воду, а затем горячую. Температуру воды измеряют специальным термометром в деревянной оправе, не вынимая его из воды. Больной должен спиной и затылком упираться в край ванны, чтобы вода доходила до верхней трети груди. Во избежание соскальзывания тела в ножном конце ванны устанавливают деревянную скамейку или подставку, в которую больной упирется ногами. Мыть больного нужно мочалкой: сначала голову, а затем туловище и нижние конечности (рис. 4), особенно тщательно — места, где обычно скапливается пот, что приводит к опрелости (паховая область, промежность, у женщин — под молочными железами и в подмышечных впадинах).

Продолжительность ванны зависит от температуры воды и общего состояния больного. Средняя продолжительность гигиенической ванны 20—30 мин при температуре воды 35—36 °С. Готовит ванну и следит за чистотой ванного помещения младшая медицинская сестра. Медицинская сестра должна присутствовать во время мытья больного, следить за состоянием его кожных покровов и пульсом. Если больной побледнел, жалуется на головокружение и плохое самочувствие, медицинская сестра должна вызвать врача. Больному помогают выйти из ванны, вытирают его, укладывают на кушетку, дают понюхать ватку.

смоченную нашатырным спиртом, или кладут на голову поло, тенце, смоченное в холодной воде.

Если больному по состоянию здоровья гигиеническая ванна противопоказана, назначают душ. Для этого в ванну ставят скамеечку, на которую садится больной. Моют его в том же порядке, что и в ванне. После каждого больного ванну необходимо вымыть мочалкой с мылом, а затем ополоснуть одним из дезинфицирующих растворов (0,5% осветленная хлорная известь или 2% раствор хлорамина).

Если состояние больного средней тяжести, медицинская сестра обтирает его тело влажным полотенцем, смоченным одним из дезинфицирующих растворов (камфорный спирт, одеколон, водка), особенно тщательно — кожные складки в паху, подмышечные впадины и под молочными железами у женщин.

Ванное помещение и смотровые комнаты следует содержать в безукоризненной чистоте. Клеенчатую подушку и клеенки на кушетке после каждого больного необходимо протирать тряпкой, смоченной 2% раствором хлорамина или 0,5% раствором хлорной извести, а по окончании смены вымыть горячей водой с мылом. Простыни на кушетках следует менять после каждого больного. Уборку ванного помещения нужно производить несколько раз в день влажным способом. Инвентарь, применяемый для уборки помещений (ведра, тазы, ветошь), должен быть маркирован. Хранить его следует в специальном помещении. Применяемый при уборке инвентарь после каждого использования надо тщательно промывать и просушивать. Для мытья унитазов применяют 0,5% осветленный раствор хлорной извести.

Для проведения санитарной обработки больных приемные отделения больниц независимо от их профиля должны иметь следующий набор инвентаря и дезинфицирующих средств, которые нужно хранить в специально выделенном для этих целей шкафу или ящике.

1. Дезинфицирующие средства: лизол, мыло, столовый уксус* мыльно-керосиновая эмульсия, 0,5% раствор гексахлорана, каибофос, хлорамин.

2. Машинка для стрижки волос, ведро с плотно закрывающейся крышкой для сбора волос, ведра для приготовления дезинфицирующих растворов, две кастрюли, маркированные для чистых и грязных мочалок, гидropульт, мешки для сбора одежды, легкая клеенчатая пелерина для защиты больного при стрижке волос, градуированная мензурка, спиртовка, вата, косынки, гребни, мочалки.

Время, в течение которого больной находится в приемном отделении, должно быть сокращено до минимума.

у больных с подозрением на инфекционное заболевание необходимо взять бактериологические, пробы для быстрейшего установления диагноза и принятия противоэпидемических и иебных мер.

После санитарной обработки больного направляют в отделение больницы в соответствии с его заболеванием. Путь, который должен пройти больной от приемного отделения до палаты, должен быть прямым и коротким. При этом больной не должен контактировать с больными других отделений. При крайне тяжелом состоянии (шок, инфаркт миокарда и др.) больного без санитарной обработки направляют в отделение интенсивного наблюдения для оказания срочной медицинской помощи.

В инфекционных отделениях для изоляции больных существуют мельцеровские боксы и полубоксы, обеспечивающие полную индивидуальную изоляцию больного и устраняющие возможность контакта его с другими больными. Мельцеровский бокс состоит из предбоксника, где находятся халаты, дезинфицирующий раствор, умывальник, мыло и полотенце. В предбокснике имеются две двери: одна из коридора и другая (внутренняя) в палату, где больной остается на весь срок изоляции. В палате, кроме кровати, постельных принадлежностей, тумбочки и стула, имеется санузел. В каждом боксе должен б:!!^^ свой уборочный инвентарь, хорошо маркированный, и 0,5% О.-ВРТ-ленный раствор хлорной извести. Двери должны плотно закрываться. Персонал входит в предбоксник, плотно закрывает наружную дверь, моет руки мылом, надевает второй халат, колпак или косынку, при необходимости марлевую маску, и лишь после этого входит в бокс, плотно закрыв внутреннюю дверь. После осмотра больного и выполнения необходимых процедур медицинская сестра выходит в предбоксник, моет руки с мылом под проточной струей, дезинфицирует их 0,5% раствором хлорамина, снимает халат и колпак, выходит в коридор и плотно закрывает наружную дверь. Медицинская сестра, работающая в боксах, должна строго следить за обязательной дезинфекцией предметов, которыми пользовались в боксе, трехразовой влажной уборкой помещений и правильной изоляцией больных для предупреждения внутрибольничной инфекции. После выписки больного необходимо произвести тщательную влажную дезинфекцию предметов, помещения бокса, белья, а халаты для медицинского персонала меняют.

Транспортировка больного в отделение

Транспортировка больного в отделение может осуществлятъ-
^я Несколькими путями (рис. 5). Вопрос о виде транспортировки



Рис. 5. Транспортировка больного в отделение.
 — одним санитаром; б — двумя санитарями; в — на носилках;
 г — на каталке; д — на кресле-каталке.

решает врач: Больных в удовлетворительном состоянии направляют в палату в сопровождении медицинского работника. В ряде случаев целесообразно доставлять больных в отделение на кресле-каталке. Тяжелобольных транспортируют в отделение на носилках, установленных на специальную каталку. Каждая каталка должна быть заправлена чистой простыней * -одеялом в зависимости от сезона. Белье следует менять посл<

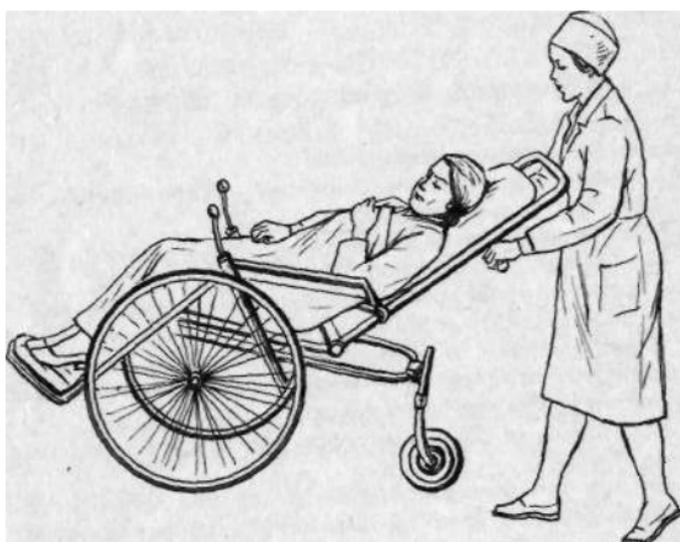
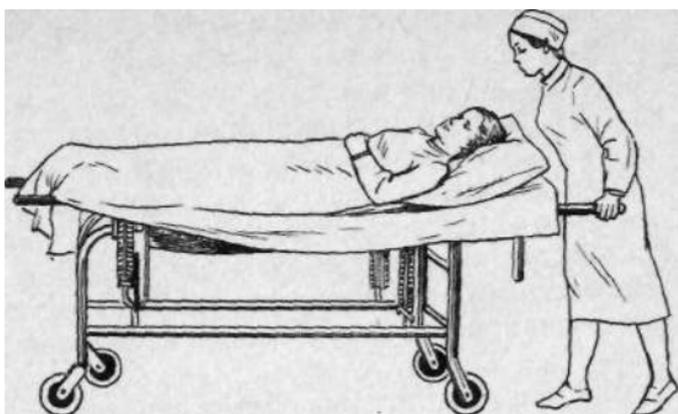


Рис. 5 (продолжение)

каждого больного. Одежда „ровеч=и.ают. а после и"Феш»™;

носилки-каталки С тормозом. При отсутствии ^^Ф'
 ных поднимают на носилках 2 или 4 человека, ВДУЩ«^ «^^ "wzww
 Больного нужно нести головой вперед, приподняв носилки
 сзади при спуске больного несут ногами вперед приподнима^^
 ножной конец носилок. В настоящее время многие больницы

снабжены специальным транспортом, который доставляет больных в отдаленные от приемного отделения корпуса.

Тяжелобольных, которым нельзя двигаться, перекладывать с носилок на постель нужно с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки следует ставить ножным концом к головному концу кровати. Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к больному. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати во избежание неудобных и лишних движений.

Персонал приемного отделения обязан ознакомить больного с режимом дня и внутренним распорядком больницы, сообщить ему о днях и часах, выделенных для посещений, в вежливой форме предупредить об ответственности за нарушение больничного режима.

Контрольные вопросы и задачи

1. Как устроено приемное отделение?
2. В чем заключается работа медицинской сестры приемного отделения;
3. Как производят антропометрию?
4. Каково оснащение *санпропускника!*
5. В чем заключается санитарная обработка больного?
6. Каковы способы транспортировки больных в отделение?
7. Больной, находящийся в ванне, внезапно побледнел, участился пульс появилось головокружение. Что должна предпринять медицинская сестра
8. У больного при осмотре волосистой части головы обнаружены гниды и вши. Какие мероприятия необходимы для их ликвидации?
9. Больной в шоковом состоянии поступил в приемное отделение. Куда? следует его направить?
10. При осмотре больного в приемном отделении возникло подозрение на инфекционное заболевание. Что предпринимает обслуживающий персонал?

Глава VI

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БОЛЬНОГО

Устройство постели

В связи с тем что больной много времени находится в постели, очень важно, чтобы она была удобной и чистой. Кроватка должна быть никелированной или окрашенной масляной краской, чтобы ее легче было мыть и дезинфицировать, а также достаточной по размеру, чтобы больной чувствовал себя в ней

свободно. Ставить кровать следует на расстоянии не менее 1,5 м от другой кровати так, чтобы к больному легко можно было подойти с любой стороны. Головной конец кровати должен находиться у стены. Ножки кровати снабжены колесиками, чтобы ее можно было передвигать. Перемещение кровати можно осуществлять также при помощи особых подставок, которые подводят под головной и ножной концы кровати и закрепляют, что позволяет кровать несколько приподнимать над полом и легко передвигать. Такой способ передвижения кровати не беспокоит больных.

На кровати имеются сетка и наматрасник. На него кладут простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки. Подушки кладут таким образом, чтобы нижняя (из пера) лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней, а верхняя (пуховая) упиралась в спинку кровати. На подушки надевают белые наволочки. Желательно, чтобы одеяло было байковым, так как оно хорошо проветривается и дезинфицируется. Летом больные могут пользоваться тканевыми одеялами. На одеяло надевают пододеяльник.

Смена постельного и нательного белья

Смену постельного и нательного белья следует производить не реже одного раза в неделю после гигиенической ванны. По мере надобности смена белья производится дополнительно. В отделении должен быть запас белья на сутки. Ни в коем случае нельзя сушить белье на радиаторах центрального отопления и снова давать больному. Грязное белье следует собирать в клеенчатые мешки и немедленно выносить из палаты. До отправки в прачечную белье должно храниться в специально выделенном помещении (грязная бельевая) в баках или ларях. Менять постельное белье, особенно тяжелобольным, должна медицинская сестра с помощью младшей медицинской сестры. Медицинская сестра должна следить, чтобы каждое утро младшая медицинская сестра по счету сдавала грязное белье и получала чистое.

В зависимости от состояния больного существуют различные способы смены постельного белья. Если больному разрешено ходить, он сам может поменять постельное белье с помощью младшей медицинской сестры. Если больному разрешается сидеть, младшая медицинская сестра пересаживает его с постели на стул и перестилает постель. Менять постельное белье лежачих больных гораздо сложнее. Для этого грязную простыню складывают или скатывают валиком со стороны



Рис. 6. b. Различные способы смены постельного белья.

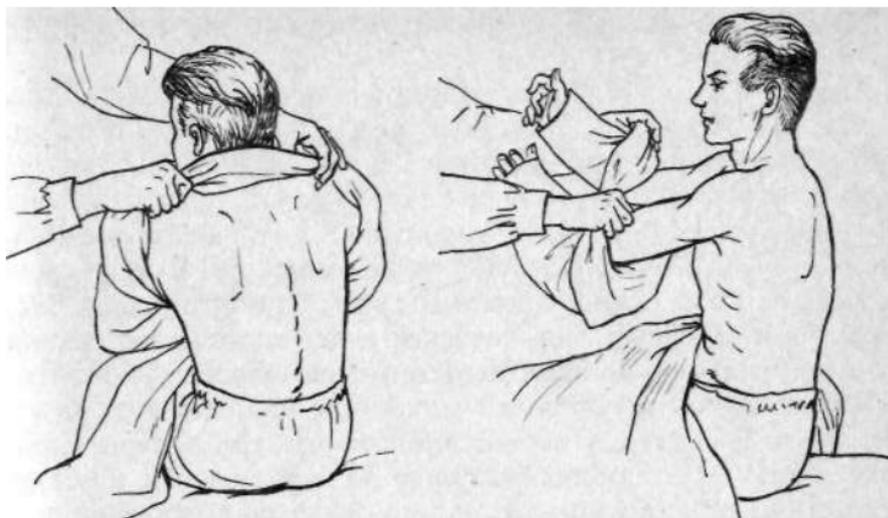


Рис. 7. Смена нательного белья.

ГОЛОВЫ И НОГ И осторожно убирают. Чистую простыню, скатанную, как бинт, с двух сторон валиками, осторожно подводят под крестец больного, а затем расправляют в направлении к голове и ногам. На простыне не должно быть рубцов, заплат, складок. Можно менять простыню и другим способом: больного передвигают на край постели, скатывают грязную простыню по длине в виде бинта, на ее месте расправляют чистую, на которую перекладывают больного, а на другой стороне затем снимают грязную простыню и расправляют чистую (рис. 6).

Постельное белье меняют обычно два человека с минимальной затратой физических сил со стороны больного.

При смене **нательного белья** тяжелобольным (рис. 7) медицинской сестре следует подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно отодвинуть ее к голове, затем поднять обе руки больного и скатанную у шеи рубашку перевести через голову больного. После этого освобождают его руки. Одевают больного в обратном порядке: сначала надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову и, наконец, расправляют под больным.

Для тяжелобольных, например с инфарктом миокарда. Имеются специальные рубашки (распашонки), которые легко надевать и снимать. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашку в обратном порядке: вначале на больную руку ^ затем на здоровую.

Уход за кожей и профилактика пролежней

Важное место в уходе за больными, особенно находящимися в тяжелом состоянии, занимает уход за кожей. Важнейшими условиями являются ее чистота и целостность. Для сохранения упругости и МЯГКОСТИ кожи важное значение имеет функция сальных и потовых желез. Однако кожное сало и пот, скапливаясь на поверхности кожи, способствуют ее загрязнению. Вместе с салом и потом на коже скапливаются пыль, микроорганизмы. Загрязнение кожи вызывает зуд, который ведет к расчесам, ссадинам, т. е. к нарушению ее целостности, что в свою очередь способствует проникновению в глубь кожи микробов, находящихся на ее поверхности. В связи с этим медицинская сестра должна следить, чтобы больные соблюдали правила личной гигиены, и помогать им выполнять необходимые манипуляции по содержанию кожи в чистоте.

Медицинская сестра должна вести график проведения гигиенической ванны ходячим больным с одновременной сменой постельного и нательного белья. Больным, находящимся на постельном режиме, необходимо ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором, содержащим камфорный спирт, который перед употреблением следует подогреть. Бутылочку с раствором ставят под струю теплой воды или кладут на батарею центрального отопления. Если в отделении нет такого раствора, то дезинфицирующий раствор можно приготовить самими: на 0,5 л теплой воды берут 1—1 столовые ложки уксуса, одеколona или спирта. Если в отделении нет никакого дезинфицирующего раствора, кожу можно протереть теплой водой.

Для протирания кожи больного берут один конец полотенца, смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и начинают протирать шею, за ушами, спину, переднюю поверхность грудной клетки и подмышечные впадины. Особое внимание следует обращать на складки под молочными железами, где у тучных и очень потливых женщин могут образовываться опрелости. Затем кожу вытирают насухо в том же порядке. Ноги больному моют 1—2 раза в неделю, поставив тазик в постель, после чего по мере надобности коротко стригут ногти (рис. 8 и 9).

При плохом уходе за кожей и резком ослаблении организма на участках кожи, подвергающихся давлению тела, возникают пролежни.

Пролежни представляют собой поверхностные, а нередко глубокие омертвения покровных тканей (кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек) с тенденцией распространяться в глубину. Пролежни на коже возникают обычно в области кресла

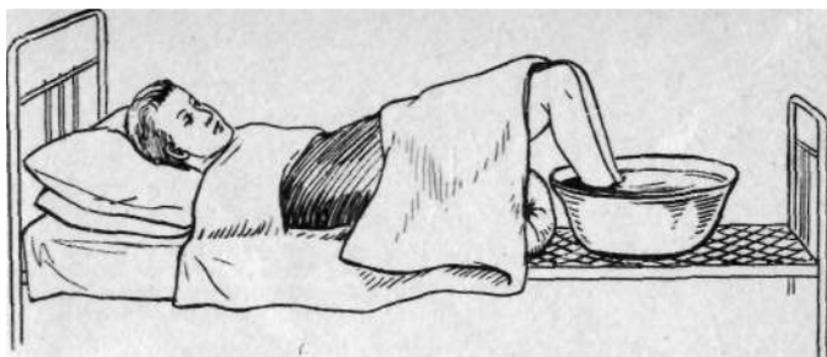


Рис. 8. Мытье ног в постели.



Рис. 9. Подстригание ногтей на руках (а) и ногах (б).

да, лопатки, большого вертела, локтя (рис. 10). В основе развития пролежней лежит нарушение кровообращения в коже на фоне тяжелого состояния больного.

Первым признаком пролежней является бледность кожи с последующим покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса; в дальнейшем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжелых случаях омертвлению могут подвергаться не только мягкие ткани, но также хрящ и кость. Присоединение инфекции иногда приводит к сепсису и является причиной смерти.

Во избежание пролежней следует правильно осуществлять их профилактику, основными элементами которой являются;

- 1) изменение положения тела больного несколько раз в день, если позволяет его состояние;
- 2) ежедневное по несколько раз в день стряхивание простыни, чтобы на ней не было крошек;
- 3) отсутствие на постельном и нательном белье складок;
- 4) подкладывание тяжелобольным, длительное время находящимся в постели на спине, надувного резинового круга,

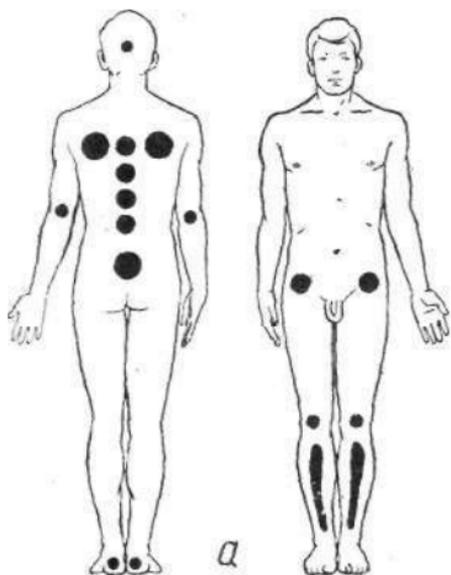
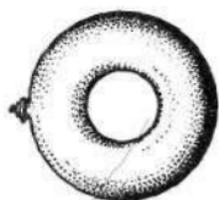


Рис. 10. Уход за кожей и профилактика пролежней.

a — характерная локализация пролежней; протирание кожи дезинфицирующим раствором; *e* — правильное положение подкладного круга.



вложенного в наволочку, так, чтобы крестец находился над его отверстием;

5) ежедневное протирание кожи одним из дезинфицирующих растворов: камфорная смесь, камфорный спирт, 40% раствор этилового спирта, одеколон, раствор уксуса (1 столовая ложка на 300 мл воды), а при их отсутствии — теплой водой с последующим вытиранием насухо;

6) при появлении гиперемии кожи растирание кожи сухим полотенцем или кварцевание для улучшения местного кровообращения;

7) обмывание кожи в местах мацерации холодной водой с мылом, протирание спиртом с последующим припудриванием.

При развитии пролежней проводят их лечение. Пузыри смазывают спиртовым раствором бриллиантового зеленого, затем накладывают сухую повязку. Когда некроз отграничивается, омертвевшие ткани удаляют и рану закрывают стерильной салфеткой, смоченной 1% раствором перманганата калия. Повязку меняют 2—3 раза в день. По мере очищения раны переходят на повязки с мазью Вишневского, смесью перуанского масла с пихтовым, синтомициновой эмульсией и др.

Появление пролежней говорит о плохом уходе за больными и недостаточно высокой санитарной культуре данного учреждения. Поэтому медицинская сестра каждый раз, перестеляя постель, должна осматривать тело больного, особенно те места, где чаще всего возникают пролежни. Отечественной промышленностью выпускается устройство для профилактики пролежней: надувной прорезиненный матрац с гофрированной поверхностью и электрическим подогревом.

Подмывание

Больных, длительное время находящихся в постели и не принимающих каждую неделю гигиеническую ванну, а также страдающих недержанием мочи и кала, необходимо несколько раз в день подмывать, так как скопление мочи и кала в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию пролежней. Подмывание производят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим средством. Раствор должен быть теплым (30—35°C). Для подмывания нужно иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. Чаще подмывают женщин. При подмывании под ягодицы подкладывают судно. Женщина должна лежать на спине, согнув ноги в коленях и немного разведя их в бедрах (рис. 11). В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирую-



Рис. 11. Подмывание больной.

щим раствором и поливают воду на наружные половые органы, а ватный тампон, зажатый в корнцанг, направляют от половых органов к заднему проходу (сверху вниз). После этого сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода в мочевой пузырь и на наружные половые органы. Подмывание можно производить из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положение больного на спине, ноги согнуты в коленях. Под ягодицы подкладывают судно, струю воды направляют на промежность и паховые складки. Ватой, зажатой в корнцанг, насухо протирают промежность и паховые складки, после чего эти места смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

Спринцевание

Гинекологическим больным, кроме подмывания наружных половых органов, часто производят спринцевания. Для этого нужно иметь кружку Эсмарха, влагалищный наконечник и различные растворы; слабый раствор перманганата калия (5—6 крупинок на 1 л воды), изотонический раствор хлорида натрия, раствор гидрокарбоната натрия (2 чайные ложки на 1 л воды), раствор борной кислоты (3—4 чайные ложки на 0,5 л воды).

Влагалищные наконечники бывают стеклянные и пластмассовые. Они представляют собой слегка изогнутую трубку длиной 15 см и толщиной около 1 см с одним отверстием на конце

или несколькими отверстиями на боковых поверхностях около конца. Стелянные наконечники до употребления стерилизуют кипячением, пластмассовые промывают антисептическим раствором. Кружку Эсмарха подвешивают на подставке на 70—100 см выше уровня кровати и наливают в нее не более 1 л антисептического раствора. Во время спринцевания больная лежит на постели на подкладном судне с согнутыми в коленях ногами и разведенными бедрами. Обмыв чистой теплой водой с мылом наружные половые органы, раздвигают двумя пальцами левой руки половые губы, осторожно вводят наконечник в половую щель и медленно продвигают его во влагалище в направлении кверху и кзади на глубину 6—1 см. Затем, придерживая одной рукой введенный наконечник, другой открывают кран или зажим, пуская жидкость с большей или меньшей скоростью. Извлекать наконечник по окончании процедуры надо осторожно в направлении кпереди и книзу, чтобы не задеть область мочеиспускательного канала.

После процедуры во избежание образования опрелости следует тщательно осушить область наружных половых органов и промежность. После употребления кружку Эсмарха нужно хорошо вымыть вначале теплой водой, затем дезинфицирующим раствором, наконечник опустить в банку с 3% раствором хлорамин или борной кислоты, а перед употреблением прокипятить.

Уход за полостью рта

У ослабленных больных в полости рта скапливаются микроорганизмы, которые могут вызвать гнойные поражения слизистой оболочки полости рта, сопровождающиеся неприятным запахом. Вот почему уход за полостью рта у тяжелобольного приобретает первостепенное значение, о чем нужно помнить медицинской сестре.

Ходячие больные должны ежедневно утром и вечером чистить зубы, а после приема пищи полозкать рот слегка подсоленной водой ($\frac{1}{4}$ чайной ложки поваренной соли на стакан воды) или слабым раствором гидрокарбоната натрия. Тяжелобольные не могут самостоятельно чистить зубы, поэтому после каждого приема пищи медицинская сестра должна взять пинцетом ватный шарик, смочить его одним из растворов (5% раствор борной кислоты, 2% раствор гидрокарбоната натрия, слабый раствор перманганата калия) или теплой кипяченой водой и протереть больному язык и зубы. После этого больной должен хорошо прополоскать рот. У тяжелобольных часто возникают воспалительные явления на слизистой оболочке полости рта —

стоматиты, сопровождающиеся болью при приеме пищи, слюнотечением и нередко повышением температуры тела.

Медикаментозное воздействие на слизистую оболочку полости рта заключается в проведении аппликации или орошения. А п п л и к а ц и я заключается в накладывании на слизистую оболочку стерильных марлевых салфеток, смоченных в каком-либо дезинфицирующем растворе (2% раствор хлорамина или 0,1% раствор фурацилина) на 3—5 мин. Эту процедуру повторяют несколько раз в день. Можно делать аппликации с болеутоляющими средствами.

Орошение производят с помощью кружки Эсмарха, шприца Жане или резиновой груши. Грудь больного закрывают клеенкой, придают ему полусидячее положение, а для стекания промывной жидкости в руки дают почкообразный тазик, который больной подносит к подбородку. Медицинская сестра, оттягивая шпателем поочередно то левую, то правую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта. Под давлением струи происходит механическое вымывание частиц пищи, гноя и др. Кружка Эсмарха должна находиться на 1 м выше головы больного. Этим обеспечивается достаточная сила струи. Наконечник до процедуры кипятят, а затем промывают проточной водой и хранят в 2% растворе хлорамина или в растворе фурацилина 1:5000.

Иногда у больных появляются сухость губ и трещины в углах рта, что причиняет боль при его открывании. Для облегчения состояния на губы накладывают марлевую салфетку, смоченную водой, а затем смазывают губы любым маслом. Больному не разрешается широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки, пользоваться зубной щеткой.

Если у больного имеются зубные протезы, на ночь их следует сийать, тщательно промыть с мылом и до утра хранить в чистом сухом стакане, а утром снова промыть и надеть.

У больных с высокой температурой тела или тяжелым нарушением кровообращения иногда развивается афтозный стоматит, при котором появляется резкий запах изо рта, удручающе действующий на больного и окружающих. Для ликвидации запаха следует лечить основное заболевание, а также проводить пол- i евание рта дезодорирующими средствами (0,5% раствор хлора- 1 мина, 2% раствор гидрокарбоната натрия или 1% раствор хлорида натрия).

Уход за глазами

Особого внимания требует от медицинской сестры уход за глазами больных (рис. 12). Промывание глаз делают в случаях,

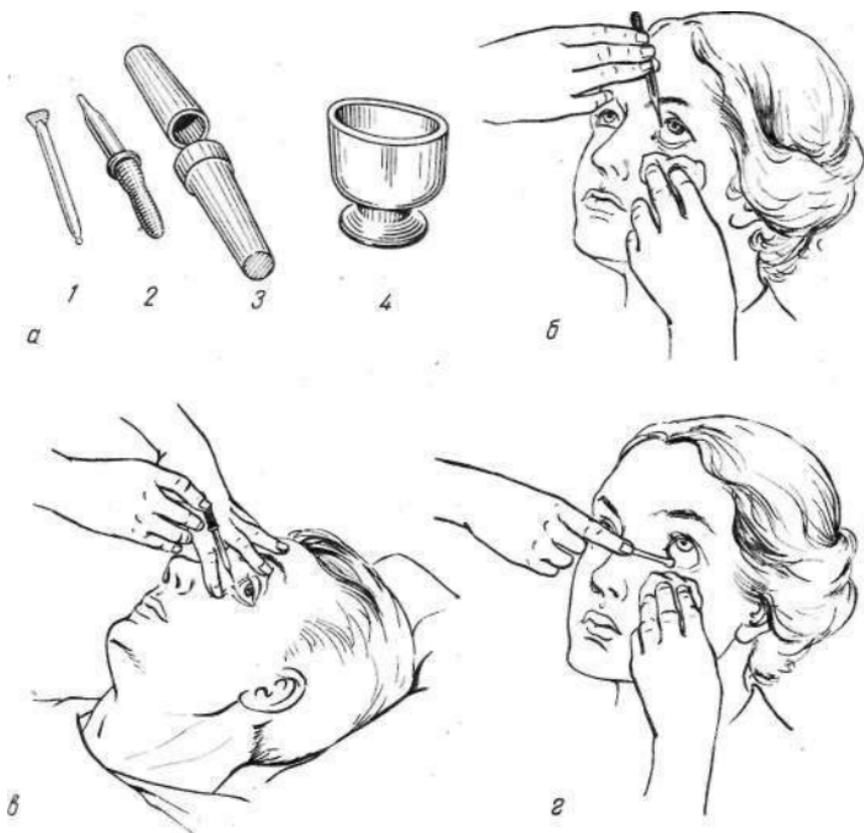


Рис. 12. Уход за глазами.

- предметы ухода за глазами: 1 — стеклянная лопаточка; 2 — пипетка; 3 — футляр для пипетки;
- стаканчик для промывания глаз; б — закапывание капель в глаз сидя; в — закапывание капель в глаз лежа; г — смазывание века.

когда имеются выделения, склеивающие ресницы. Промывание глаза производят стерильным марлевым тампоном, смоченным в теплом растворе 3% борной кислоты.

При заболеваниях глаз производят закапывание капель и втирание глазных мазей. Капли должны быть стерильными, так как введение нестерильных растворов может привести к инфицированию глаза. Для закапывания капель существует специальная пипетка, которую перед употреблением кипятят. Перед процедурой медицинская сестра должна тщательно вымыть руки щеткой с мылом и протереть их спиртом, чтобы не занести инфекцию в глаза. Техника закапывания капель в глаза следующая: слегка оттягивают нижнее веко левой рукой и, предложив больному посмотреть в противоположную сторону, медленно впускают одну каплю ближе к носу; затем, переждав немного, впускают вторую каплю и просят больного закрыть

глаза. После употребления глазную пипетку промывают теплой водой и помещают в специальный футляр. Глазную мазь накладывают на веки стеклянной лопаточкой. Мази и лопаточки должны быть стерильными. Веко больного оттягивают вниз, закладывают мазь и мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

Уход за ушами

Ходячие больные во время утреннего туалета должны самостоятельно ежедневно мыть уши. Больным, длительно находящимся в постели, медицинская сестра периодически чистит уши, чтобы не скапливалась сера, так как это может вызвать понижение слуха. Если образовалась серная пробка, ее удаляют следующим образом: закапывают в ухо несколько капель 3 % раствора перекиси водорода, а затем ватной турундой вращательным движением удаляют пробку. При скоплении большого количества серных пробок производят спринцевание уха при помощи большого шприца (шприц Жане емкостью до 150 мл) или резинового баллона. Больного сажают перед собой боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо. В руки больному дают лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. Затем медицинская сестра левой рукой оттягивает ушную раковину кзади и вверх, а правой вводит конец шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхнезадней стенке струю раствора под большим давлением.

Для закапывания капель в ухо нагибают голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают, а правой держат пипетку и отсчитывают капли, поступающие в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут (рис. 13).



Рис. 13. Закапывание капель в ухо.

Уход за носом

Если ослабленный больной не может освобождать носовые ходы самостоятельно, медицинская сестра должна ежедневно удалять образовавшиеся корочки. Для этого запрокидывают голову больного, в носовые ходы вводят ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле, глицерине или любом маслянистом растворе, и через 2—3 мин вращательными движениями удаляют корочки. Процедура эта довольно простая, но требует навыка и терпения.

Уход за волосами

Через неделю после мытья головы в волосах скапливается большое количество жира, пыли и грязи, поэтому всем больным необходимо один раз в 7—10 дней мыть голову с мылом или шампунем. У больных, длительное время находящихся в постели и не соблюдающих гигиенический режим, в волосах, кроме грязи, могут появиться гниды и вши, поэтому медицинская сестра должна тщательно следить за волосами больных. Мужчинам, длительно находящимся в больнице, следует коротко стричь волосы и мыть голову через 7—10 дней. Женщинам с длинными волосами нужно ежедневно расчесывать их частым гребнем, который должен быть собственным у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещается. Короткие волосы следует расчесывать от корней к концам, а длинные разделить на параллельные пряди и медленно расчесывать их от концов к корням, стараясь не выдергивать. Частый гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и грязь. Чтобы лучше промыть волосы, следует применять различные шампуни, детское мыло или воду с примесью хны. Если состояние больного позволяет, ему моют голову во время



Рис. 14. Мытье головы в постели.

гигиенической ванны. Если он длительное время не встает, голову моют в постели. При этом ставят тазик у головного конца кровати, запрокидывают голову больного на уровне шеи и подставляют возвышение. Во время намыливания следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем хорошо ополаскивают их и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, медицинская сестра должна надеть на голову полотенце или косынку во избежание переохлаждения (рис. 14).

Контрольные вопросы и задачи

1. Что относится к личной гигиене больного?
2. Как приготовить постель тяжелобольному?
3. Какими приемами можно придать больному возвышенное положение в постели?
4. Что нужно сделать, чтобы бесшумно передвинуть кровать?
5. Какими способами можно сменить постельное и нательное белье?
6. Как меняют белье больному с инфарктом миокарда?
7. Как осуществлять утренний туалет больному?
8. В чем состоит ежедневный уход за кожей?
9. Как систематически осуществлять профилактику пролежней?
10. Какие дезинфицирующие средства применяются для протирания кожи?
11. Как вымыть голову больного в постели?
12. В чем заключается ежедневный уход за волосами?
13. Как проводится профилактика педикулеза?
14. Как правильно подложить подкладной резиновый круг?
15. Какие принадлежности необходимы для подмывания больного и как его следует производить?
16. Как произвести спринцевание больной?
17. Во время гигиенической ванны больному стало душно, он покраснел, появилась одышка, участился пульс. Тактика медицинской сестры?
18. У тяжелобольного, длительно находящегося в постели, в области крестца появилось болезненное красное пятно. Что это такое и каковы необходимые мероприятия?
19. Больной из приемного отделения поступил с отметкой в истории болезни «педикулез». Какие меры следует принять?

Глава Vti

ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ

Основой всех жизненных процессов в организме человека является постоянный обмен веществ между организмом и внешней средой.

Питание является одной из основных физиологических потребностей живого организма. С пищей человек получает ве-

щества, необходимые для нормальной жизнедеятельности: белки, жиры, углеводы, минеральные соли, воду, витамины и другие вещества для восстановления тканей, покрытия энергетических затрат и других потребностей организма. Все эти вещества участвуют в сложных процессах обмена, подвергаются распаду и удаляются из организма. При окислении белков, жиров и углеводов освобождается энергия, которая измеряется в калориях. 1 г белка выделяет 4,1 ккал, 1 г жира — 9,3 ккал, 1 г углеводов — 4,1 ккал. Калорийность продуктов вычисляют по специальным таблицам. Здоровый человек при употреблении разнообразной пищи получает в сутки от 3000 до 3100 ккал.

Для повышения массы тела необходима пища, в которой содержится большое количество калорий, а для уменьшения ее — продукты с низкой калорийностью.

Лечебное питание обеспечивает физиологические потребности больного в пищевых веществах и воздействует на патологические механизмы заболевания. Задача лечебного питания сводится к восстановлению нарушенного обмена веществ и терапевтическому действию пищи. Путем изменения качественного состава диеты, характера кулинарной обработки продуктов можно повлиять на функциональное состояние органов и систем. Применение лечебного питания строго обязательным в комплексной терапии различных заболеваний, особенно в клинике внутренних болезней. При назначении лечебного питания необходимо исходить из норм физиологической потребности в пищевых веществах здорового человека, разработанных Институтом питания АМН СССР.

Согласно нормам, предложенным для здорового человека, количество животных белков в суточном рационе должно составлять 100—120 г, растительных — 40 г, животных жиров 85—90 г, растительных — 10—15 г, углеводов 400—450 г, витамина А 1—2 мг, витаминов В₁ и В₂ по 2—3 мг, витамина С 50 мг, хлорида натрия 15 г, кальция 0,8 г, магния 0,5 г, фосфора 1,4—1,6 г, железа 15 мг. Общая масса пищи — до 3 кг при четырехразовом питании.

Для больных, находящихся в стационаре, калорийность пищи не должна превышать норм, установленных для лиц, не занимающихся физическим трудом.

Диета — такой рацион и режим питания, который составляется для больного в качестве метода лечения или с целью предупреждения осложнений.

Местное действие пищи определяется ее влиянием на органы чувств (зрительное восприятие, обоняние, вкус) и вызыванием рефлексов, стимулирующих деятельность органов пищеваре-

ния. Лечебное действие пищевых веществ определяется специальным подбором продуктов и изменением характера их кулинарной обработки. При построении любой диеты в первую очередь должны учитываться физиологические нормы питания, разработанные и утвержденные Министерством здравоохранения СССР в соответствии с полом, возрастом, массой тела, ростом, физической нагрузкой. Здоровье и работоспособность человека, а также долголетие в значительной мере зависят от правильного питания. Основными условиями рационального питания являются его полноценность, разнообразие и умеренность.

Принимать пищу следует в определенное время. Максимальная разовая порция не должна быть большой. Температура горячих блюд не должна превышать 60°C, а холодных 10°C. Большое значение для хорошего пищеварения имеет тщательное пережевывание пищи, облегчающее работу желудочно-кишечного тракта.

Состав пищи

Необходимыми составными частями пищи являются белки, жиры, углеводы, вода, минеральные соли и витамины (табл. 2).

Таблица 2

Состав пищевых продуктов (в граммах) и количество калорий на 100 г продукта

Продукт	Белки	Жиры	Углеводы	Калорийность
Овсяная крупа	9,10	5,98	61,01	341,1
Манная »	9,52	0,74	70,37	334,4
Пшено	8,40	2,30	65,42	324,1
Рис	6,46	0,93	72,77	333,5
Горох	15,68	2,21	50,85	293,3
Хлеб:				
пшеничный (-) сорт)	6,89	0,65	47,71	229,9
ржаной	4,83	0,84	40,23	192,6
Баранина ,	16,15	15,30	—	208,5
Говядина	19,00	9,45	—	165,8
Мясо кролика	20,43	7,20	—	150,7
» курицы	19,0	4,50	—	119,8
Печень говяжья	18,05	4,05	2,94	123,7
Карп прудовой	15,20	3,24	—	92,5
Треска без головы	16,72	0,36	—	71,9
Молоко коровье	3,26	3,52	4,41	64,2
» сгущенное с сахаром	7,13	8,55	54,88	333,8
Сыр	22,56	19,95	3,43	292,1
» плавленый	20,16	22,33	2,94	302,4

Организация лечебного питания больных в стационаре

Диетическое питание — обязательный компонент комплексной терапии, а при ряде заболеваний это основной метод лечения. Около 30% бюджетных средств, отпускаемых на лечение больного, приходится на питание. В лечебно-профилактических учреждениях существуют две системы внутрибольничной организации приготовления пищи и снабжения ею палатных отделений — централизованная и децентрализованная. При централизованной системе все процессы обработки сырья и приготовления пищи сосредоточены в центральном пищеблоке, объединяющем необходимые подразделения. При децентрализованной системе эти процессы осуществляются раздельно, в связи с чем предусматривается одна общая заготовочная группа помещений для производства полуфабрикатов, а доготовочные кухни, где полуфабрикаты доводятся до готовности, располагаются в каждом корпусе больницы. Существует также смешанная система обеспечения больных питанием.

В настоящее время все больницы стремятся перейти на централизованную систему организации пищеблока как более экономичную, позволяющую рационально использовать производственные площади, применять высокопроизводительное технологическое оборудование, снизить численность обслуживающего персонала и улучшить условия его труда. Однако при этом удлиняются пути транспортировки готовой пищи в отделения и увеличивается время ее доставки, что иногда приводит к необходимости вторичного подогрева пищи. Совершенствование снабжения отделений пищей ведется по пути централизации процессов ее доставки, удаления грязной посуды и пищевых отходов.

Снабжение отделений пищей осуществляется специальным персоналом с помощью внутрибольничного транспорта, который работает по циркулярному маршруту и оборудован специальной термоизолирующей тарой. Для перевозки пищи используются бачки, а также специальные сервировочные тележки.

Для осуществления контроля за питанием в крупных больницах имеются диетврачи, а в отделениях — диетсестры; эти функции могут быть переданы старшей медицинской сестре отделения.

Ежедневно медицинская сестра составляет на больных порционник (рис. 15), который сдает старшей медицинской сестре отделения, а та в свою очередь суммирует количество диет и направляет порционник в больничной пищеблок. На вновь поступившего в ночное время больного порционник сдает утром

(наименование учреждения)

Порционник

на питание больных _____ 198 г.

1- Сведения о наличии больных

ч _____ 198 г.)

• в том числе по диетам

Наименование
палат (отделений)
и норм питания "Г °

Рис. _/5.Порционник.

дежурная медицинская сестра приемного отделения. На основании этих порционников на кухне готовят пищу.

Буфетчицы за пищей не ходят: ее доставляют централизованно в специальной посуде на автотранспорте, который нигде больше не используется. Ведра или кастрюли для пищи всегда должны быть чистыми и иметь крышки. Посуду маркируют, помещают на специальные передвижные столики с подогревом и в теплом виде привозят в палату. Больные, которым разрешается ходить, посещают столовую.

Столовая должна иметь хорошее естественное освещение. В ней находятся небольшие столы на 4 человека, что дает возможность группировать больных по диетам и лучше их обслуживать. Стулья должны быть без мягкой обивки, чтобы их легко можно было протирать. В буфете хранят столовую посуду, которую перед выдачей пищи передают в раздаточную. Там имеются подогревательные приборы: газовые плиты, электрические или газовые шкафы и водяные бани. Там же находятся титан для горячей воды и мойка. Эти помещения следует содержать в строгой чистоте, за которой следят буфетчицы, но кон-

тролируют их старшая медицинская сестра и палатные медицинские сестры.

Окна в летнее время должны быть засетчены для предохранения помещения от мух, так как они являются переносчиками многих инфекционных желудочно-кишечных заболеваний. Наличие в буфетной и столовой мух является первым признаком неудовлетворительного соблюдения санитарно-гигиенического режима.

В организации больничного питания важным моментом является режим питания. Под этим подразумевается не только соблюдение соответствующей диеты, но и рациональное распределение приемов пищи с установлением правильных промежутков между ними, одноразовое количество пищи, ее оптимальная температура и др. Кроме того, имеют значение внешние условия, связанные с приемом пищи: сервировка стола, внешний вид *блюдов*, их запах и вкус, опрятный вид буфетчицы. Все эти факторы способствуют пищеварению и лучшему усвоению пищи. Так как у многих больных аппетит отсутствует, нужно стараться, чтобы пища имела аппетитный вид. В столовой должно быть уютно и тихо.

Задача медицинской сестры — убедить больного в первостепенной важности питания для восстановления его здоровья. Перед приемом пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления, убрать и проветрить палату, помочь тяжелобольным вымыть руки. Если больной не может сам сидеть в кровати, следует придать ему полусидячее положение, приподняв подголовник или подложив под спину несколько подушек. Шею и грудь покрывают клеенкой или фартуком. При кормлении лежачих больных используют прикроватные столики, на которые ставят пищу. Тяжелобольных, истощенных и ослабленных кормят в наиболее удобном для них положении, используя для этого различные приспособления. Медицинская сестра левой рукой приподнимает голову больного вместе с подушкой, а правой подносит ему ко рту ложку или специальный поильник с пищей (рис. 16). Вливать пищу насильно, если больной не глотает, нельзя, — так как попадание ее в дыхательные пути может вызвать тяжелые осложнения.

Диетотерапия — применение питания с лечебной целью. Она предусматривает в первую очередь химическое и механическое щажение больного органа, замену одних продуктов другими для восстановления нарушенных функций или же введение необходимых питательных веществ, недостающих организму больного.



a

б

Рис. 16. Кормление тяжелобольных.

a — из поильника; *б* — с ложки.

Характеристика диет

В лечебных учреждениях Советского Союза назначают диеты, разработанные в клинике лечебного питания Института питания АМН СССР. Диеты дифференцированы по основным нозологическим формам.

На каждую диету дана характеристика, в которой отражены следующие показатели: 1) показания к назначению; 2) цель назначения; 3) общая характеристика; 4) химический состав и калорийность; 5) режим питания; 6) перечень продуктов и блюд, которые разрешаются и запрещаются, составленный в следующем порядке: продукты, содержащие белки, жиры, углеводы, приправы и напитки.

По установленной номенклатуре применяются диеты, обозначенные от № 1 до № 15. Количество диет в больнице определяется ее профилем, т. е. основным контингентом больных. В каждой больнице установлены основные диеты и контрастные дни.

Диета № 1а

Показания к назначению: обострение язвенной болезни в течение первых 8—10 дней лечения и при кровотечении. Обострение гастрита с повышенной секрецией. Ожог пищевода..

Цель назначения; максимальное щажение желудка путем исключения химических, механических и термических раздражителей.

Общая характеристика: исключаются вещества, возбуждающие секрецию желудочного сока. Пищу дают преимущественно в жидком и полужидком виде. Калорийность ограничивают главным образом за счет углеводов. Поваренную соль ограничивают.

Калорийность и состав: белков 80 г (из них животных не менее 50 г), жиров 80—90 г, углеводов 200 г, калорий 2000.

Режим питания; прием пищи каждые 2—3 ч небольшими порциями, на ночь молоко или сливки.

Диета № 16

Показания к назначению и цель назначения такие же, как и для диеты № 1а.

Общая характеристика диеты № 16 та же, что и диеты № 1а, но к продуктам, указанным в характеристике диеты № 1а, добавляют сухари из белого хлеба, сухой бисквит, творог из молочной кухни в протертом виде, увеличивают количество мясных и рыбных паровых блюд.

Калорийность и состав: белков 100 г, жиров 100 г, углеводов 300, калорий 2600.

Режим, питания; прием пищи каждые 2—3 ч.

Диета № 1

Показания к назначению: язвенная болезнь в стадии затихания обострения, при рубцевании язвы, а также в период ремиссии в течение 2—3 мес. Гастрит с повышенной секрецией в период обострения.

Цель назначения: щадить желудок и двенадцатиперстную кишку, исключая химические раздражители и ограничивая механические раздражители; способствовать процессу рубцевания язвы.

Общая характеристика: исключаются вещества, возбуждающие желудочную секрецию. Пищу дают преимущественно протертую, в вареном или паровом виде. Диета с нормальным количеством калорий и нормальным соотношением белков, жиров и углеводов, с повышенным содержанием витаминов А и С.

Калорийность и состав; белков 100 г, жиров 100 г, углеводов 400 г, калорий 3000.

Режим питания: прием пищи 6 раз в день, перед сном молоко или сливки или свежий кефир.

Диета № 2

Показания к назначению: Хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Хронический энтероколит вне стадии обострения. Нарушения функции жевательного аппарата. Период выздоровления после операции и после острой инфекции, а также в других случаях, когда показано умеренное щажение желудочно-кишечного тракта.

Цель назначения: содействовать нормализации секреторной и моторной функций желудка и кишечника, умеренное механическое щажение желудочно-кишечного тракта.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с сохранением экстрактивных веществ и других стимулирующих отделение желудочного сока веществ, но не раздражающих слизистую оболочку желудка. Мясо с грубой соединительной тканью и продукты, содержащие растительную клетчатку, дают преимущественно в измельченном виде.

Калорийность и состав: белков 80—100 г, жиров 80—100 г, углеводов 400 г, калорий 3000, витамина С 100 мг, другие витамины в повышенном количестве.

Режим питания: прием пищи 4—5 раз в день.

Диета Xs 3

Показания к назначению: запоры.

Цель назначения: усиление перистальтики, регулирование опорожнения кишечника.

Общая характеристика: увеличение в диете объема продуктов, богатых растительной клетчаткой, и продуктов, усиливающих функцию кишечника. Обильное питье минеральных вод.

Калорийность и состав: белков 100 г, жиров 100 г, углеводов 450 г, калорий 3500. Повышенное количество поваренной соли (25 г).

Режим питания; прием пищи 4–5 раз в день, на ночь стакан кефира, чернослив, свекла.

Диета № 4

Показания к назначению: гастроэнтероколиты, острые энтероколиты и обострения хронических. Дизентерия в острой стадии. Состояние после операции на кишечнике.

Цель назначения: механическое и химическое щажение кишечника; исключение продуктов, усиливающих перистальтику и бродильные процессы в кишечнике.

Общая характеристика: диета с ограничением калорий за счет углеводов и жиров, белки в пределах нижней границы физиологической нормы. Исключаются молоко и продукты, содержащие растительную клетчатку. Диету назначают на срок не более 5–7 дней.

Калорийность и состав: белков 80 г, жиров 70 г, углеводов 50 г, калорий 2000, витамина С 100 мг. Недостающее в пищевых продуктах количество витаминов группы В и др. восполняются витаминными препаратами.

Режим питания: прием пищи 5–6 раз в день в ограниченном количестве. Свободной жидкости 1,5 л в виде горячего чая, черного кофе, бульона, отвара шиповника.

Диета № 4а

Показания к назначению: хронические энтероколиты в период умеренного обострения в сочетании с поражением желудка. Дизентерия в стадии затихания острых явлений.

Цель назначения: обеспечить полноценное питание в период умеренного обострения хронического энтероколита, способствовать уменьшению воспаления и нормализации нарушенных функций желудочно-кишечного тракта.

Общая характеристика: в физиологически полноценной диете умеренно ограничено содержание углеводов и поваренной соли. Исключаются продукты, механически и химически раздражающие слизистую оболочку кишечника и усиливающие процессы брожения и гниения. В диету вводят в умеренном количестве продукты, содержащие нежную растительную клетчатку (овощи в протертом виде, чернослив, яблоки, хлеб из сеяной муки).

Калорийность и состав: белков 100–120 г, жиров 100 г, углеводов 300–350 г, калорий 1600–2900.

Режим питания: прием пищи 5–6 раз в день.

Диета № 5а

Показания к назначению: острый холецистит или обострение хронического холецистита. Острый панкреатит или обострение хронического панкреатита при затихании процесса. Хронический холецистит при наличии язвенной болезни. Состояние на 5–6-й день после операции на желчных путях.

Цель назначения: способствовать восстановлению нарушенной функции печени, накоплению в ней гликогена, стимулировать желчеотделение; ограничить механическое раздражение желудка и кишечника.

Общая характеристика: содержание жиров ограничено, белки и углеводы в пределах нормы, содержание липотропных факторов повышено. Исключаются экстрактивные вещества и продукты расщепления жиров, получающиеся при жарении. Все блюда готовят из протертых продуктов в вареном или паровом виде.

Диета № 5

Показания к назначению: хронические болезни печени и желчевыводящих путей (холецистит, гепатит, цирроз печени) вне периода обострения

и при отсутствии заболеваний желудка и кишечника. Болезнь Боткина в стадии выздоровления.

Цель назначения: содействовать восстановлению нарушенной функции печени; а) способствовать накоплению в ней гликогена; б) нормализовать жировой обмен печени путем ограничения в пище жиров (главным образом тугоплавких) и введения веществ, оказывающих липотропное действие; в) уменьшить интоксикацию печени, регулируя функцию кишечника; г) стимулировать желчеотделение; д) устранить пищевые вещества, раздражающие печень и вызывающие обострение болезни.

Общая характеристика: диета с физиологической нормой белков, некоторым увеличением углеводов, умеренным ограничением жиров. Исключаются продукты, богатые холестерином. Повышенное количество липотропных факторов и витаминов. Поваренной соли до 10—12 г. Кулинарная обработка, исключающая образование азотистых экстрактивных веществ, пуринов и продуктов расщепления жира при жарении (акролеинов).

Калорийность и состав: белков 80—100 г, жиров 60—70 г, углеводов 450—500, калорий 2800—3000. Больным с нарушением жирового обмена углеводы ограничивают.

Режим питания: прием пищи каждые 2—2½ ч и обильное питье (до 2 л в день) в теплом виде.

Диета № 6

Показания к назначению: подагра и мочекаменный диатез. Эритремия и другие случаи, когда показано исключение мясных и рыбных продуктов.

Цель назначения: содействовать нормализации пуринового обмена и уменьшению эндогенного образования мочевой кислоты.

Общая характеристика: исключаются продукты, богатые пуриновыми соединениями. Вводятся продукты, содержащие щелочные радикалы (овощи, фрукты, ягоды и молоко). Поваренная соль умеренно ограничивается.

Калорийность и состав: белков 80—100 г, жиров 80 г, углеводов 400 г, калорий 2700. Больным с избыточной массой тела углеводы ограничивают.

Режим питания: прием пищи 5 раз в день. Обильное питье (до 2—2,5 л в день) в виде чая, фруктовых и ягодных морсов, щелочных вод.

Диета № 7а

Показания к назначению: острый гломерулонефрит. Назначается после рисово-яблочных, картофельных или сахарных дней. Хронический нефрит в стадии почечной недостаточности.

Цель назначения: создать условия, максимально щадящие почки. Воздействовать на повышенное артериальное давление и отеки ограничением поваренной соли.

Общая характеристика: резкое ограничение белков, жиров и углеводов. Бессолевая, гипонатриевая диета (пищу готовят без соли, специально выпекают бессолевой хлеб). Содержание натрия в продуктах питания составляет 400 мг, что соответствует 1000 мг (1 г) поваренной соли. Больным с недостаточностью функции почек при наличии азотемии по назначению лечащего врача добавляют 1—3 г поваренной соли. Затем больным разрешают давать столько жидкости, сколько выделено мочи за предыдущие сутки. Кулинарная обработка продуктов без механического щажения. Овощи, фрукты, ягоды в достаточном количестве, часть в сыром виде.

Калорийность и состав: белков 25—30 г, жиров 80—100 г, углеводов 400—450 г, калорий 2500—2600. Витамин С и витамины группы В в повышенном количестве.

Режим питания: прием пищи 5 раз в день.

Диета № 7б

Показания к назначению: острый нефрит. Назначается после диеты № 7а. Обострение хронического нефрита с отеками, повышенным артериальным давлением, но с сохраненной функцией почек.

Цель назначения; такая же, как и при назначении диеты № 7а.

Общая характеристика: содержание жиров и углеводов в пределах физиологической нормы, но количество белков увеличивают до 45—50 г добавлением одной порции отварного мяса или отварной рыбы и 200 г молока или кефира. В остальном по набору продуктов и характеру кулинарной обработки диета такая же, как и № 7а. Содержание поваренной соли в продуктах питания увеличивают до 1,5 г.

Калорийность и состав: белков 45—50 г, жиров 100 г, углеводов 450—500 г, калорий 3000.

Режим питания: прием пищи 5—6 раз в день.

Диета № 7.

Показания к назначению: острый нефрит в период выздоровления. Хронический нефрит с маловыраженными изменениями в осадке мочи. Гипертоническая болезнь и другие случаи, когда необходима бессолевая диета. Нефропатия беременных.

Цель назначения: умеренное щажение функции почек. Воздействовать на повышенное артериальное давление и отеки.

Общая характеристика: бессолевая диета, по набору продуктов и характеру кулинарной обработки такая же, как диеты X° 7а и 7б, но количество белков увеличивают до 80 г добавлением мяса или рыбы в отварном виде, а также творога.

Калорийность и состав: белков 80 г, жиров 100 г, углеводов 400—500 г, калорий 2800—3200. Содержание поваренной соли в продуктах около 3 г. Витамины С, Р и группы В в повышенном количестве. Для больных амилоидозом почек с сохраненной функцией почек и для больных нефрозом назначают диету № 7 с повышенным содержанием белков (до 140 г), липотропных факторов, полиненасыщенных жирных кислот и витаминов.

Режим питания: прием пищи 4—5 раз в день.

Диета № 8

Показания к назначению: ожирение при отсутствии заболеваний органов пищеварения, печени и сердечно-сосудистой системы, требующих специальных режимов питания.

Цель назначения: воздействовать на обмен веществ для предупреждения и устранения избыточного отложения жира.

Общая характеристика: ограничение калорийности пищи главным образом за счет углеводов и частично за счет жиров: содержание белков выше физиологической нормы. Овощи и фрукты в достаточном количестве. Ограничивают поваренную соль, исключают вкусовые приправы и азотистые экстрактивные вещества, возбуждающие аппетит. Умеренно ограничивают введение свободной жидкости (1000 мл).

Калорийность и состав: белков 100—120 г, жиров 60—70 г, углеводов 180—200 г, калорий 1800—1850. Витамин С в повышенном количестве, другие витамины — в пределах физиологической нормы.

Режим питания: частые приемы малокалорийной пищи в достаточном объеме, устраняющем чувство голода.

Диета № 9

Показания к назначению: сахарный диабет при отсутствии ацидоза и сопутствующих заболеваний внутренних органов.

Цель назначения: создать условия, поддерживающие положительный углеводный баланс, предупредить нарушение жирового обмена.

Общая характеристика: содержание белков выше физиологической нормы, умеренное ограничение жиров и углеводов. Легкоусвояемые углеводы исключаются. В диету вводятся вещества, оказывающие липотропное действие. В рационе много овощей. Ограничиваются соль и продукты, содержащие холестерин. Кулинарная обработка обычная.

Калорийность и состав: белков 100—120 г, жиров 70 г, углеводов 300 г, калорий 2400.

Режим питания: прием пищи 6 раз в день. Углеводы распределяют на весь день. Во время и через полчаса после инъекции инсулина больной должен получать пищу, содержащую углеводы. Больным сахарным диабетом с сопутствующими заболеваниями внутренних органов назначают комбинированную диету (№ 9 и другая диета соответствующая сопутствующему заболеванию). Так, например, при болезнях печени выписывают диету М» 9/5, в которой ограничены до 60 г жиры, исключены экстрактивные вещества и пряности. Диету № 9/5 можно назначать также при атеросклерозе и гипертонической болезни.

Диета № 10

Показания к назначению: заболевания сердечно-сосудистой системы: а) ревматические пороки сердца в период компенсации или с недостаточностью кровообращения I стадии; б) гипертоническая болезнь I и II стадий. Заболевания нервной системы. Хронический нефрит и пиелонефрит с изменениями в осадке мочи, острый и хронический пиелит.

Цель назначения: создать наиболее благоприятные условия для кровообращения; исключить вещества, возбуждающие нервную систему; улучшить выведение азотистых веществ и исключить продукты, раздражающие мочевыводящие пути.

Общая характеристика: ограничена поваренная соль (5—6 г), исключены азотистые экстрактивные вещества и пряности. Вводятся продукты, регулирующие функцию кишечника — овощи, фрукты и ягоды, содержащие негрубую растительную клетчатку, а также пшеничный хлеб с отрубями и ржаной хлеб. Кулинарная обработка с умеренным механическим щажением.

Калорийность и состав: белков 80 г (из них животного происхождения 50 г), жиров 65—70 г, углеводов 350—400 г, калорий 2500—2800.

Режим питания: прием пищи 5—6 раз в день в умеренном количестве, ужин за 3 ч до сна. Больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями введение свободной жидкости ограничивают до 1000—1200 мл.

Диета № 10а

Показания к назначению: болезни сердца с недостаточностью кровообращения П и IП стадий. Гипертоническая болезнь с недостаточностью кровообращения или нарушением мозгового кровообращения. Инфаркт миокарда в острый и подострый период.

Цель назначения: резким ограничением поваренной соли (1,5—1,8 г в продуктах питания) и обогащением диеты калием воздействовать на нарушенные функции сердца и на отеки. Уменьшить нагрузку на органы пищеварения.

Общая характеристика: содержание белков в пределах нижней границы физиологической нормы, умеренное ограничение жира и углеводов. Всю пищу готовят без соли, специально выпекают бессолевой хлеб. Введение свободной жидкости ограничивают. Кулинарная обработка: все продукты протирают и готовят путем отваривания или на пару.

Калорийность и состав: белков 70—80 г (из них 50 г животных), жиров 60 г, углеводов 80 г, калорий 2000—2100. Поваренной соли в продуктах питания не более 1,5—1,8 г, калия 3,3—3,8 г.

Режим питания; прием пищи не менее 6 раз в день, в небольшом объеме.

Диета № 10б

Показания к назначению: атеросклероз с преимущественным Поражением сосудов сердца, мозга или других органов. Инфаркт миокарда в стадии рубцевания. Гипертоническая болезнь.

Цель назначения: предупредить дальнейшее развитие атеросклероза. При ожирении способствовать снижению массы тела.

Общая характеристика: ограничение калорийности за счет глав-

ным образом легкоусвояемых углеводов (сахар, изделия из белой муки) и жиров животного происхождения. Исключаются продукты, богатые холестерином и витамином D. В пищевой рацион вводят: а) продукты, оказывающие липотропное действие; б) растительное масло с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот; в) овощи, фрукты и ягоды как естественные источники витамина С (кроме того, они содержат растительную клетчатку), продукты моря, богатые йодом. Кулинарная обработка исключает образование азотистых экстрактивных веществ и грубую растительную клетчатку.

Калорийность и состав: белков 80—100 г, жиров 60—70 г (в том числе растительных 35%), углеводов 250—300 г, калорий 2000—2200. Ограничивают поваренную соль и свободную жидкость до 1000—1200 мл.

Режим питания: прием пищи 5—6 раз в день в умеренном "количестве, ужин за 3 ч до сна.

Диета № 11

Показания к назначению: туберкулез легких в период обострения, затихания или в хронической стадии при отсутствии других заболеваний внутренних органов.

Цель назначения: способствовать повышению сопротивляемости организма туберкулезной инфекции. Повысить общее питание больного и содействовать восстановлению витаминного баланса.

Общая характеристика: калорийная диета с повышенным содержанием белков и витаминов, умеренным увеличением жиров и углеводов. Молочные продукты, богатые кальцием, в достаточном количестве. Поваренная соль и жидкость в пределах нормы. Пряности разрешаются. Кулинарная обработка обычная с сохранением азотистых экстрактивных веществ.

Калорийность и состав: белков 120—140 г, жиров 100—120 г, углеводов 500—550 г, калорий 3800—4000. Витамины в повышенном количестве.

Режим питания: прием пищи 4—5 раз в день.

Диета № 13

Показания к назначению: инфекционные болезни в остром лихорадочном периоде", ангины, состояние после аппендэктомии на 2—3-й день, после резекции желудка на 8—9-й день по показаниям.

Цель назначения: способствовать поддержанию сил больного в период лихорадочного состояния или в послеоперационном периоде; щадить желудочно-кишечный тракт.

Общая характеристика: содержание белков на нижней границе физиологической нормы, умеренное ограничение жиров, углеводов и калорий. Лихорадящим больным вводят повышенное количество жидкости в виде витаминизированных напитков. Кулинарная обработка: пищу дают в протертом виде с умеренным содержанием химических раздражителей.

Калорийность и состав: белков 70—80 г (в том числе животных 50 г), жиров 70 г, углеводов 300, калорий 2200. Витамин С и другие витамины в повышенном количестве.

Режим питания: прием пищи не менее 6 раз в день в ограниченном количестве.

Диета № 14

Показания к назначению: фосфатурия со щелочной реакцией мочи и выпадением осадка фосфорно-калиевых солей.

Цель назначения: способствовать восстановлению кислой реакции мочи и таким образом препятствовать выпадению осадка.

Общая характеристика: в диету вводятся продукты, способствующие изменению реакции мочи в кислую сторону. Исключаются продукты, оказывающие ошелачивающее действие и богатые кальцием (молоко, творог, сыр). Общее количество свободной жидкости 1,5—2 л. Кулинарная обработка обычная.

Калорийность и состав: белков 80—100 г, жиров 100 г, углеводов 400 г, калорий 2800.

Режим питания: прием пищи 4—5 раз в день.

Диета X2 15

Показания к назначению: все заболевания при отсутствии показаний к назначению специальной лечебной диеты и при условии нормального состояния органов пищеварения.

Цель назначения: в условиях лечебного учреждения обеспечить питание больного в соответствии с физиологическими нормами.

Общая характеристика: содержание белков, жиров, углеводов и калорийность соответствуют нормам питания здорового человека, не занятого физическим трудом, а витамины — в повышенном количестве. Пища состоит из разнообразных продуктов. Рекомендуются мясо, птица, рыба в любой кулинарной обработке, колбаса, сосиски, консервы в ограниченном количестве, молочные продукты: ежедневно молоко или кефир в 21 ч; жиры — сливочное масло и ежедневно растительное масло в натуральном виде в салатах, винегретах и других блюдах; овощи и картофель в виде различных блюд и гарниров; часть овощей в сыром виде и зелень в блюдах; фрукты и ягоды, часть в сыром виде; хлеб пшеничный и ржаной. Исключаются трудноусвояемые жирные блюда: жирные мясо, баранина и свинина, говяжье, баранье и свиное сало, сдобное тесто. Пряности допустимы в умеренном количестве. Кулинарная обработка обычная с сохранением витаминов.

Калорийность и состав: белков 80—100 г (в том числе животных 50 г), жиров 80—100 г (в том числе растительных 20—25 г), углеводов 400—500 г, сахара 50—100 г, калорий 3000.

Режим питания: прием пищи 4—5 раз в день.

Диета № 0

Назначается в первые дни после операции на желудке и кишечнике, а также при полубессознательном состоянии больного (нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы, лихорадка), как правило, не более чем на 3 дня. Пища состоит из жидких и желеобразных блюд. Молоко в чистом виде исключается.

Разрешаются чай с сахаром, фруктовые и ягодные кисели, желе, отвар шиповника с сахаром, соки свежих ягод и фруктов, разведенные сладкой водой, некрепкий бульон, рисовый отвар. Пищу дают часто в малом количестве в течение дня и ночью.

Диета № 1 хирургическая

Назначается на 4—5-й день после операции на желудке и кишечнике, на 2-й день после аппендэктомии.

Разрешаются паровые блюда из протертого отварного мяса или курицы; яйца всмятку и паровой омлет, нежирный, некрепкий мясной или куриный бульон, слизистый суп из геркулеса на бульоне; каша жидкая 10% из манной крупы или рисовой и гречневой муки для детского питания; во время варки можно добавлять небольшое количество молока или сливок; кисели, желе фруктовые и ягодные; соки свежих фруктов и ягод, разведенные сладкой водой, отвар шиповника, чай с лимоном; сухари из белого хлеба; сливочное масло, кефир.

Министерством здравоохранения СССР установлен для больничных учреждений режим как минимум 4-разового питания, а для некоторых групп больных (при заболеваниях сердца, язвенной болезни) — 5—6-разовое питание. Необходимо равномерно распределять дневной рацион и не допускать приема высококалорийной пищи в значительном объеме на ужин; как правило, на вечернее время должно приходиться не более 25—30% калорийности суточного рациона. Ремя питания больных определяется числом приемов пищи и режимом дня в данном лечебном учреждении. Между отдельными приемами пищи не должен быть перерыв свыше 4 ч в дневное время, а между последним вечерним и утрен-

ним завтраком — не больше 10—11 и. Регулярный прием пищи вырабатывает у больных условный рефлекс на время и способствует улучшению аппетита и пищеварения.

Часы приема пищи: 9.00—10.00—завтрак, 13.00—14.00 — обед, 18.00—19.00 — ужин, 21.30 — кефир. При 5-разовом питании вводят второй завтрак, а при 6-разовом — полдник.

Назначать больному на длительный срок один и тот же стол нельзя, так как лечебное питание является в известной мере неполноценным. Чтобы разнообразить стол, следует периодически видоизменять пищевой режим, а иногда и допускать некоторое отступление от него.

Разгрузочные дни (контрастные диеты)

Наименование рациона и его состав

Молочный день № 1

Каждые 2 ч по 100 мл молока или кефира, простокваши, ацидофилина 6 раз в день; на ночь 200 мл фруктового сока с 20 г глюкозы или сахара, можно добавить 2 раза в день по 25 г подсушенного хлеба

Болезни сердечно-сосудистой системы с явлениями недостаточности кровообращения

Молочный день № 2

1,5 л молока или простокваши на 6 приемов по 250 мл каждые 2—3 ч

Подагра, ожирение

Творожный день

400—600 г обезжиренного творога, 60 г сметаны и 100 мл молока на 4 приема в натуральном виде или в виде сырников, пудингов. Добавляют 2 раза кофе с молоком и 1—2 стакана отвара шиповника

Ожирение, болезни сердца, атеросклероз

Огуречный день

2 кг свежих огурцов на 5—6 приемов

Ожирение, атеросклероз, подагра, артрозы

Салатный день

1,2—1,5 кг свежих овощей и фруктов 4—5 раз в день по 200—250 г в виде салатов без соли. К овощам добавляют немного сметаны или растительного масла, а к фруктам — сахарный сироп

Гипертоническая болезнь атеросклероз, болезни почек, оксалурия, артрозы

Картофельный день

1,5 кг печеного картофеля с небольшим количеством растительного масла или сметаны (без соли) на 5 приемов по 300 г

Сердечная недостаточность заболевания почек

Арбузный день

1,5 кг зрелого арбуза без кожуры на 5 приемов по 300 г

Болезни печени, гипертоническая болезнь, нефриты, атеросклероз

Наименование рациона и его состав

Яблочный день XQ 1

1,2—1,5 кг зрелых сырых очищенных и протертых яблок на 5 приемов по 300 г

Острый и хронический колит с поносом

Яблочный день № 2

2 кг сырых яблок на 5—6 приемов. При болезнях почек добавляют 150—200 г сахара или сиропа. Можно добавить 2 порции рисовой каши из 25 г риса каждая

Ожирение, нефрит, гипертоническая бо-лезнь, сахарный ди-абет

Разгрузочный день из кураги

500 г кураги обдать кипятком или слегка распарить и разделить на 5 приемов

Гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, отеки

Компотный День

1500 г яблок, 150 г сахара и 800 мл воды варят и распределяют на 5 приемов в течение дня

Заболевания почек и печени

Риоово - компотный день

1,5 л компота приготовить из 1,2 кг свежих или 250 г сушеных фруктов и ягод; кашу сварить на воде из 50 г риса и 100 г сахара; 6 раз в день по стакану компота, 2 раза — со сладкой рисовой кашей

Болезни печени, подагра, ок-салурия

Сахарный день

5 раз в день по стакану горячего чая с 30—40 г сахара в каждом

Болезни печени, нефрит, хро-нический колит с поносом

Мясной день

а) 270 г вареного мяса, 100 мл молока, 120 г зеленого горошка, 280 г свежей капусты на весь день;

б) 360 г вареного мяса на весь день

Ожирение

Искусственное питание

Искусственное питание — введение в организм питательных веществ при помощи желудка зонда, клизмы или парентерально (внутривенно либо подкожно). Искусственное питание иногда является дополнением к нормальному.

Виды 1 искусственного питания (рис. 17): 1) через желудочный зонд; 2) через операционный свищ желудка или тонкого кишечника; 3) при помощи клизмы; 4) парентеральное.



а

б

Рис. 17. Искусственное питание.

а — с помощью зонда, введенного в желудок через нос; *б* — через гастростому.

Искусственное питание через желудочный зонд. Стерильный тонкий зонд, смазанный вазелином или глицерином, вводят больному в желудок. На свободный конец зонда надевают воронку, в которую вливают жидкую, не содержащую грубых частиц пищу (молоко, сливки, сырые яйца, крепкие бульоны, растворы глюкозы, какао и кофе со сливками, фруктовые соки). Делать это нужно медленно, под небольшим давлением, несколько раз в день. В некоторых случаях зонд оставляют на 2—3 нед. Если ввести зонд через носовые ходы невозможно, его вводят через рот и хорошо фиксируют липким пластырем к коже щеки. Беспокойным или находящимся в бессознательном состоянии больным зонд фиксируют к губе или щеке шелковым швом. После введения питательных веществ в зонд вливают чистую воду, чтобы промыть его от остатков пищи.

Кормление больного через свищ (гастростому). Показаниями к наложению желудочного свища и питанию через него являются непроходимость пищевода, стеноз привратника. Пищу вводят в подогретом виде небольшими порциями (150—200 мл) 5—6 раз в день. Постепенно количество вводимой пищи увеличивают до 250—500 мл, но число введений уменьшают до 3—4 раз. Через воронку можно вводить

измельченные твердые пищевые продукты, разведенные жидкостью: мелко протертое мясо, рыбу, хлеб, сухари. Иногда большие разжевывают пищу, разводят ее жидкостью и вливают в воронку. Не следует вводить в воронку большие количества пищи, так как может наступить спазм мускулатуры желудка или кишечника и пища может быть выброшена через свищ наружу.

Ректальное искусственное питание. Введение питательных веществ через прямую кишку для восполнения потребностей организма в жидкости и поваренной соли применяется при резком обезвоживании, полной непроходимости пищевода и после операций на пищеводе и кардиальном отделе желудка. Кроме того, питательные клизмы увеличивают диурез и способствуют выведению токсинов из организма. За час до постановки питательной клизмы ставят очистительную клизму до полного опорожнения кишечника. Для искусственного питания используют 5% раствор глюкозы и 0,85% раствор хлорида натрия. Небольшие по объему питательные клизмы (200—500 мл) ставят при помощи резиновой груши. Температура вводимой жидкости 37—38 °С. Для подавления кишечной перистальтики в нее добавляют 5—10 капель настойки опия. Повторяют эту процедуру 3—4 раза в сутки. Более значительное количество жидкости (до 1 л) вводят однократно капельным путем.

Частое применение питательных клизм не рекомендуется, так как можно вызвать раздражение сфинктера прямой кишки и появление трещин заднего прохода. Во избежание этих осложнений необходим тщательный туалет заднего прохода.

Парентеральное питание. Внутривенно или подкожно вводят белковые препараты, растворы глюкозы, витаминов и минеральных солей.

Контрольные вопросы и задачи

1. Каков состав пищи?
2. В каких продуктах жиры, белки, углеводы, минеральные элементы находятся в значительном количестве?
3. Каково устройство пищеблока отделения и какие требования предъявляются к его санитарному состоянию?
4. Как организуется раздача пищи больным?
5. Как осуществляется кормление тяжелобольных?
6. Что такое диетотерапия?
7. Какова характеристика диетических столов № 1, № 5, № 7, № 9, № 10, № 11, № 13?
8. Какие существуют виды искусственного питания?
9. Как производится искусственное питание через зонд?
10. Как осуществляется ректальное искусственное питание?
11. Какие продукты можно ввести через зонд в прямую кишку?

12. Какой уход за больными необходим после искусственного питания?
13. У больного рвота и потеря большого количества жидкости. Что надо делать медицинской сестре?
14. Больной длительное время находится в постели. Какой рацион питания ему назначают!
15. У больного с сердечной недостаточностью большие отеки. Какой стол назначается больному и что ограничивается в рационе питания?
16. В отделении находится больной с заболеванием пищевода. Какой вид искусственного питания следует применить?
17. У больного значительное ожирение. Какой СТОЛ ему назначают и что следует ограничивать в рационе?

Глава VIII

ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА И ЕЕ ИЗМЕРЕНИЕ

У здорового человека в норме температура тела является постоянной с небольшими колебаниями в утренние и вечерние часы и не превышает 37°C . Такое постоянство температуры зависит от процессов теплопродукции и теплоотдачи в организме. У детей температура тела несколько выше, а у пожилых людей немного ниже. Суточные колебания температуры тела связаны с окислительными процессами, происходящими в организме в течение суток, поэтому утром температура ниже на несколько десятков градуса, а вечером выше. В прямой кишке и во влагалище температура на 1°C выше, чем температура кожи в подмышечной и паховой областях.

Измерение температуры тела и наблюдение за ней

Измерение температуры тела и наблюдение за ней являются повседневной и важной обязанностью медицинской сестры. Измеряют температуру тела медицинским термометром.

Впервые медицинский термометр был предложен Фаренгейтом в 1723 г. В нашей стране пользуются термометром Цельсия, который состоит из стеклянной трубки с капилляром, на конце которой имеется резервуар, заполненный ртутью. Эта трубка прикреплена к шкале, на которой нанесены деления — от 34 до 42°C . •

Ртутный столб, поднявшийся при измерении температуры, не спадает даже при его охлаждении. Чтобы ртуть спустилась, термометр необходимо несколько раз встряхнуть. Делать это надо осторожно, чтобы не уронить термометр или не ударить



Рис. 18. Положение термометра при измерении температуры.

его о находящиеся поблизости предметы. Хранить медицинские термометры следует в банке или стакане, на дно которых кладут слой ваты и наливают дезинфицирующий раствор, например 0,5% раствор хлорамина.

Перед измерением температуры термометр нужно тщательно вытереть и, стряхнув ртуть до отметки ниже 35°C , подать больному. Подмышечную впадину предварительно следует обтереть сухим полотенцем, так как влага охлаждает ртуть и термометр покажет более низкую температуру. Термометр в подмышечной впадине надо поместить так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом, не смещаясь в течение всего времени измерения. Между термометром и телом не должно попадать белье (рис. 18). Слабым больным медицинская сестра придерживает руку. Длительность измерения не менее 10 мин.

У очень истощенных и тяжелобольных температуру можно измерять в прямой кишке. Противопоказаниями к измерению температуры таким способом служат задержка стула, понос, заболевания прямой кишки. Перед введением в прямую кишку термометр надо смазать вазелином или любым жиром, а затем вставить на половину длины при положении больного на боку. Ягодицы должны плотно прилегать одна к другой. После каждого измерения температуры в прямой кишке термометр надо тщательно вымыть теплой водой и продезинфицировать в спирте или в одном из имеющихся дезинфицирующих растворов.

Детям измеряют температуру в паховой складке. Для этого ногу ребенка несколько сгибают в тазобедренном суставе так, чтобы термометр находился в образовавшейся складке кожи.

В стационарах температуру тела измеряют 2 раза в сутки: между 6 и 8 ч утра и в 16—18 ч дня. Больной при этом должен

№ карты			Температурный лист														№ палаты	
Фамилия, и., о. больного _____																		
Дата _____																		
День болезни _____																		
День преб. в стацнон			1		2		3		4		5		6		7			
П	АД	Т°	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в		

140 2П 41

120 175

100 150 39

90 125 38

80 100 37

70 75 36

60 50 35

Дыхание
 Масса теяя
 Выпито жидкости
 Суточное кол. мочи

Стул
 Ванна

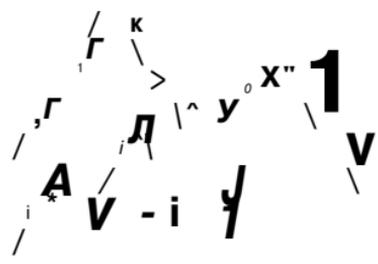


Рис. 19. Температурный лист.

лежать или сидеть. В указанные часы можно судить о максимальной и минимальной температуре. Если необходимо иметь более точное представление о суточной температуре, нужно измерять ее каждые 2—3 ч и записывать на отдельном листке.

Для записи температуры пользуются общим температурным листом, на котором указаны фамилии больных, дата и время измерения (утро и вечер). Кроме того, на каждого больного заводят температурный лист, который вкладывают в историю болезни (рис. 19). Цифры каждого измерения следует немедленно записывать на общий лист, а затем переносить их в историю болезни; в температурном листе, находящемся в истории болезни, каждое измерение отмечают точкой. Температурные кривые ролучаются от соединения точек прямыми линиями и отражают колебания температуры за весь период нахождения больного в стационаре.

Повышение температуры тела называется лихорадкой. Она возникает в ответ на действие патогенных раздражителей и выражается в перестройке терморегуляции. Лихорадочные повышения температуры тела разнообразны по высоте, длительности и характеру колебаний.

По высоте различают (по М. В. Черноруцкому): 1) субфебрильную температуру (не выше 38°C), характеризующуюся колебаниями температуры в пределах $0,5\text{--}1^{\circ}$; 2) умеренно лихорадочную ($38\text{--}39^{\circ}\text{C}$); 3) высоколихорадочную ($39\text{--}41^{\circ}\text{C}$); 4) гиперпиретическую (выше 41°Q).

По длительности различают: 1) мимолетную лихорадку — повышение температуры тела в течение нескольких часов; 2) острую — высокая температура тела в течение 15 дней; 3) подострую — длительность лихорадки до 45 дней; 4) хроническую — свыше 45 дней.

По характеру колебаний имеются следующие типы лихорадки (рис. 20): 1) постоянная, характеризующаяся повышением температуры тела до 39°C с суточными колебаниями в 1° ; 2) ремиттирующая — суточные колебания температуры тела в пределах $1\text{--}1,5^{\circ}$ без снижения до нормы уровня; 3) перемежающаяся — чередование в течение дня периодов повышенной температуры тела с периодами нормальной или пониженной температуры; 4) волнообразная — периоды постоянного повышения сменяются периодами понижения до субфебрильной или нормальной; в течение нескольких дней; 5) истощающая, или гектическая, характеризующаяся суточными колебаниями температуры в $\pm 5^{\circ}$ и падением ее до нормального или субнормального (ниже 36°Q уровня, сопровождающаяся обильным потоотделением и резкой слабостью; 6) извращенная — утренняя температура выше вечерней.

губ, цианозом конечностей, головной болью и общим плохим самочувствием. В этот период медицинская сестра должна положить теплые грелки к ногам больного, напоить его крепким сладким чаем, хорошо укрыть, не допускать сквозняков и тщательно следить за всеми физиологическими отправлениями больного.

Второй период — период максимального повышения температуры — характеризуется усилением токсического состояния, головной болью, чувством жара, сухостью в полости рта, резкой слабостью, ломотой во всем теле. На высоте лихорадки возможны бред, галлюцинации. В этой стадии оставлять больного одного опасно. Он может вскочить с постели, выпрыгнуть из окна и т. д. В таких случаях желательно установить индивидуальный пост медицинской сестры. Если это невозможно, то постовая медицинская сестра обязана постоянно наблюдать за больным. Если состояние его ухудшается, об этом необходимо немедленно поставить в известность врача. В этот период больному необходимо давать высококалорийную и легко усвояемую пищу в жидком или полужидком виде небольшими порциями 5—6 раз в сутки, обильное питье (фруктовые и ягодные соки, морс, минеральную воду). У больных появляется сухость во рту, образуются трещины на губах, поэтому необходимо периодически протирать полость рта слабым раствором гидрокарбоната натрия и смазывать губы любым жиром. При резкой головной боли на лоб кладут пузырь со льдом (по мере таяния льда его нужно менять) или холодный компресс из сложенной вчетверо и смоченной в растворе уксуса (2 столовые ложки на 0,5 л воды) льняной салфетки или полотенца. Медицинская сестра должна следить, чтобы больной не сбрасывал одеяло, чтобы в палате было тепло и тихо, а также наблюдать за пульсом и артериальным давлением.

Третий период — период снижения температуры протекает по-разному. Температура тела может падать критически — быстро с высоких цифр до низких (с 40 до 36 °С). Это часто сопровождается резким снижением сосудистого тонуса, падением артериального давления, пульс нитевидный. Такое резкое снижение температуры сопровождается слабостью и обильным потоотделением. Конечности становятся холодными на ощупь, губы цианотичны. Это состояние называется **кризисом** и требует проведения срочных мероприятий. В первую очередь медицинская сестра вызывает врача и выполняет его назначения. Больного обкладывают грелками, хорошо согревают. Дают крепкий теплый чай или кофе. В связи с обильным потоотделением больного насухо вытирают, меняют нательное, а в случае необходимости и постельное белье. Критическое па-

дение температуры возможно наблюдать при крупозном воспалении легких, а также при некоторых инфекционных заболеваниях.

Постепенное понижение температуры тела называется *литическим*. Оно сопровождается появлением небольшой испарины на коже и слабостью. Обычно после снижения температуры больной засыпает. Его нельзя будить, так как крепкий сон — лучшее средство для восстановления сил.

В период лихорадки необходимо особенно тщательно следить за состоянием кожи больного и принимать все меры для профилактики пролежней.

Таким больным необходимо подавать утку и подкладное судно в постель. Нельзя также пускать к больному посетителей, так как ему нельзя утомляться. Необходимо часто менять белье и следить за общим состоянием больного.

Контрольные вопросы и задачи

1. Как устроен термометр для измерения температуры тела?
2. Как следует хранить термометры?
3. Какие бывают виды лихорадок?
4. Как изменяется уход за лихорадящими больными в зависимости от стадии лихорадки?
5. Какие бывают варианты падения температуры?
6. Каковы симптомы кризиса и в чем состоит неотложная помощь при этом?
7. В чем состоит общий уход за лихорадящими больными?
8. У больного пневмонией резко упала температура с 39,2 до 36°C, он побледнел, покрылся холодным, липким потом, снизилось артериальное давление, пульс нитевидный. Какое состояние развилось у больного и каково поведение медицинской сестры при этом?
9. У больного температура поднялась до 40°C, ему жарко, возникла гиперемия, пульс частый. Какая это стадия лихорадки и какие мероприятия должна проводить медицинская сестра?
10. У больного озноб, цианоз губ и конечностей, резкая головная боль. Поведение медицинской сестры?
11. Суточные колебания температуры у больного в 4—5°C сопровождаются резким потоотделением и слабостью. Какой уход необходим за таким больным?

МЕРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ

В связи с тем что кожа снабжена большим количеством нервных окончаний, которые воспринимают разнообразные влияния внешней среды, можно воздействовать на кровообращение по принципу рефлекторных реакций с кожи на внутренние органы. Вследствие раздражения нервных рецепторов теплом или холодом кровеносные сосуды расширяются или сужаются не только на коже, но и во внутренних органах. На этом принципе построено применение так называемых отвлекающих средств (банки, горчичники, пиявки, компрессы, ванны и др.). Однако эти процедуры при неправильном выполнении могут вызвать тяжелые осложнения, поэтому медицинская сестра должна хорошо знать технику их выполнения, механизм действия, показания и противопоказания к ним.

Горчичники

Горчичники действуют на кожу больного путем раздражения ее и расширения кожных кровеносных сосудов эфирным горчичным маслом.

Показания. Горчичники применяют при болях, воспалении легких или бронхов, спазме кровеносных сосудов и ряде других заболеваний. Горчичник фабричного изготовления представляет собой кусок бумаги размером 12 x 18 см, на которую особым способом нанесена сухая горчица. Горчичники можно приготовить самим. Берут 1 столовую ложку горчицы, прибавляют к ней 1 столовую ложку пшеничной муки и, медленно помешивая, подливают горячую воду (температуры 45—50°С) до получения равномерной кашицеобразной массы. Ее оставляют на 30 мин, чтобы образовались эфирные масла. Затем кашицу наносят не очень толстым слоем (0,5 см) на двойной слой марли или тряпку необходимого размера, накрывают сверху вторым слоем марли или бумаги и накладывают на нужный участок кожи, закрепив повязкой. Эти горчичники значительно крепче фабричных, поэтому их необходимо вовремя снимать во избежание ожогов. Горчичники надо хранить в сухом и темном месте; срок хранения от 8 до 11 мес. Пригодный горчичник отличается от-непригодного тем, что дает острый запах горчичного масла и не осыпается. Перед употреблением следует проверить эти качества. Ставить горчичники можно на все участки тела.

Перед употреблением горчичник следует смочить в теплой воде (не выше 35°C), стряхнуть и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз на 10—15 мин. Если у больного повышенная чувствительность кожи и он быстро ощущает жжение, необходимо положить под горчичник смоченный водой кусок папиросной бумаги, а сверху — салфетку или полотенце. Ни в коем случае нельзя ставить горчичник на газету, так как теряется непосредственное действие горчичного масла на кожу. Если горчичник поставлен правильно, появляются покраснение кожи и ощущение жжения. Необходимо помнить, что при длительном пребывании горчичника и повышенной чувствительности кожи могут возникнуть ожоги. Сняв горчичник, кожу обмывают теплой водой, вытирают насухо, больного одевают и хорошо укрывают (рис. 21).

Противопоказания. Нельзя ставить горчичники при заболеваниях кожи и кровотечениях. На одно и то же место повторно ставить горчичник не рекомендуется, чтобы не вызвать пигментации кожи.

При заболеваниях верхних дыхательных путей, а также для снижения артериального давления назначают ножные горчичные ванны (температура воды 50°C, концентрация горчицы 50 г на ведро воды, длительность ванны 20—30 мин). По окончании ванны ноги споласкивают теплой водой, хорошо их вытирают и укладывают больного в постель.

Банки

Банки относятся к числу назначаемых врачом лечебных процедур, которые в больнице медицинской сестре приходится делать ежедневно. Банки являются способом физического воздействия на кожу путем рефлекторного влияния на кровоснабжение подлежащих тканей и органов в целях улучшения рассасывания воспалительных очагов и уменьшения болей. Чаще употребляются обычные сухие банки, представляющие собой колбовидные стеклянные сосуды с толстыми, хорошо отшлифованными краями и широким круглым дном.

Показания. Воспалительные процессы в органах грудной клетки, межреберные невралгии, радикулиты, острые и хронические миозиты.

Противопоказания. Легочные кровотечения, туберкулез легких и опухоли грудной клетки, болезни кожи и повышенная ее чувствительность, истощение, состояние общего возбуждения с судорогами.

Техника постановки банок. Обычно банки ставят в количестве от 10 до 20 в положении больного лежа. Перед

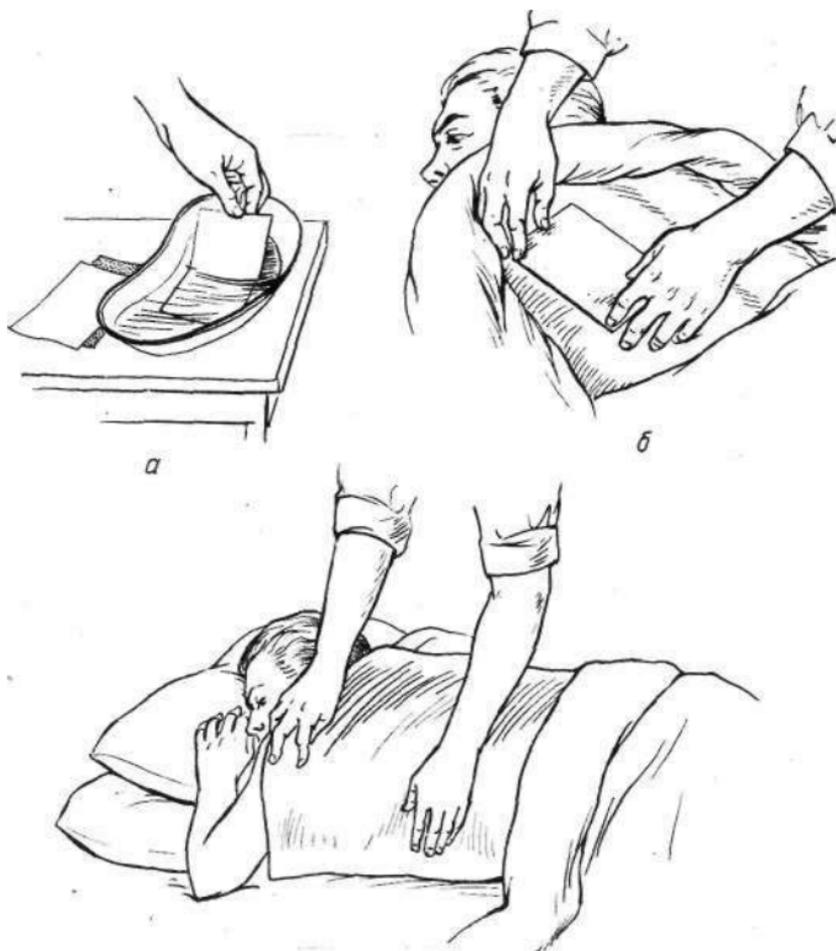


Рис. 21. Постановка горчичников.

а — смачивание горчичника; *б* — накладывание горчичника на спину; *в* — уход за больным с гор-

употреблением их тщательно моют горячей водой, досуха вытирают, проверяют целость краев и ставят у постели больного. Затем наматывают на металлический стержень длиной 12—15 см гигроскопическую вату и смачивают ее, но не обильно, легковоспламеняющейся жидкостью (спирт). Чтобы не обжечь больного, нужно стряхнуть лишнюю жидкость с тампона и только тогда зажигать его. Чаще всего банки ставят на спину, поясницу, т. е. на поверхность туловища там, где более значительная толщина мышечного и жирового слоя. Нельзя ставить банки на позвоночник и молочные железы у женщины. Если кожа покрыта волосами, ее бреют, обмывают теплой водой и смазывают вазе-

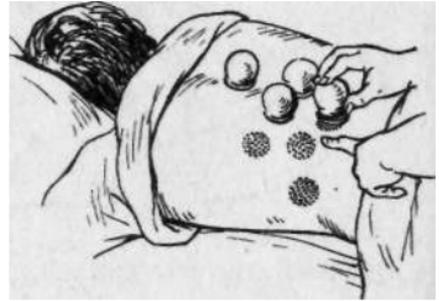
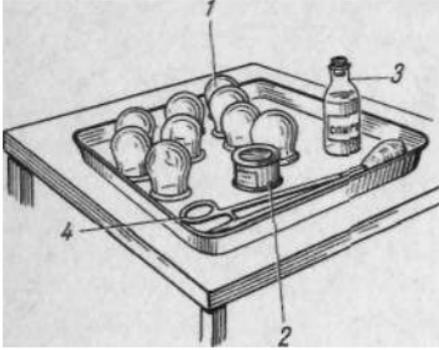


Рис. 22. Постановка банок.

a — необходимые принадлежности; 1 — банки; 2 — вазелин; 3 — спирт; 4 — корнцанге тампоном; б — смазывание кожи вазелином; в — введение фитиля в банку; г — снятие банок.

лином или другим жиром, чтобы края банки плотно прилегали к поверхности тела во избежание ожога и проникновения воздуха под банку. Банку держат недалеко от тела больного левой рукой, а правой на короткое время (2—3 с) вводят в банку горящий тампон, после чего быстро приставляют ее к телу широким горлом вниз. Воздух внутри банки разрежается, благодаря чему кожа втягивается в нее на высоту 1—3 см и приобретает ярко-красную или багровую окраску. Эта манипуляция требует сноровки, так как при недостаточном горении тампона банки не удерживаются на коже и отваливаются. Излишнее нагревание

банки грозит ожогом. Банки должны находиться на коже 15—20 мин. Если банки поставлены правильно, под ними появляется кровоподтек.

Чтобы снять банку, не причиняя боли, надо одной рукой слегка отклонить ее в сторону, а пальцами другой руки надавить на кожу с противоположной стороны у края банки. После снятия банок кожу вытирают, больного тепло одевают и укрывают одеялом (рис. 22).

О с л о ж н е н и я . Наиболее частые осложнения — ожоги кожи вплоть до появления волдырей, резкое падение артериального давления, временное уменьшение в периферической крови числа лейкоцитов и увеличение свертываемости крови. При ожоге кожи лучше всего приложить стерильные салфетки с мазью Конькова, риванолом 1:1000 или смазать кожу рыбьим жиром. О замеченных осложнениях медицинская сестра должна сообщить врачу и строго выполнять его назначения.

После употребления банки нужно хорошо протереть и сложить в ящик, где хранятся также спирт, вазелин и спички. Медицинская сестра должна следить, чтобы во время постановки банок в палате не открывали форточку, не устраивали сквозняков.

П*1яки

Пиявки представляют собой двуполых червей, живущих в пресной воде. Их слюнные железы содержат гирудин — вещество, замедляющее свертываемость крови.

П о к а з а н и я . Пиявки применяются для местного кровозвлечения (гирудотерапия).

П р о т и в о п о к а з а н и я . Нарушения свертывающей системы крови, болезни кожи, малокровие и одновременное лечение антикоагулянтами.

На головном узком конце тела пиявки имеется присоска, в глубине которой расположен рот с челюстями, снабженными зубчиками. Этими зубчиками пиявка прокусывает кожу и начинает сосать кровь. Пиявки не только высасывают кровь, но и выделяют гирудин, который понижает свертываемость крови и усиливает лечебное действие. После постановки пиявок артериальное давление снижается. Преимущество пиявок по сравнению с другими методами (кровопускание) в том, что их можно применять в таких местах, где использовать другие способы невозможно (рис. 23). Одна пиявка может отсосать от 2 до 10 мл крови. Хранят пиявок в речной или водопроводной воде в банках, закрытых марлей, чтобы обеспечить доступ воздуха. Воду надо менять ежедневно. Банку держат на окне, по возможности при температуре 10—15°C. К употреблению пригодны

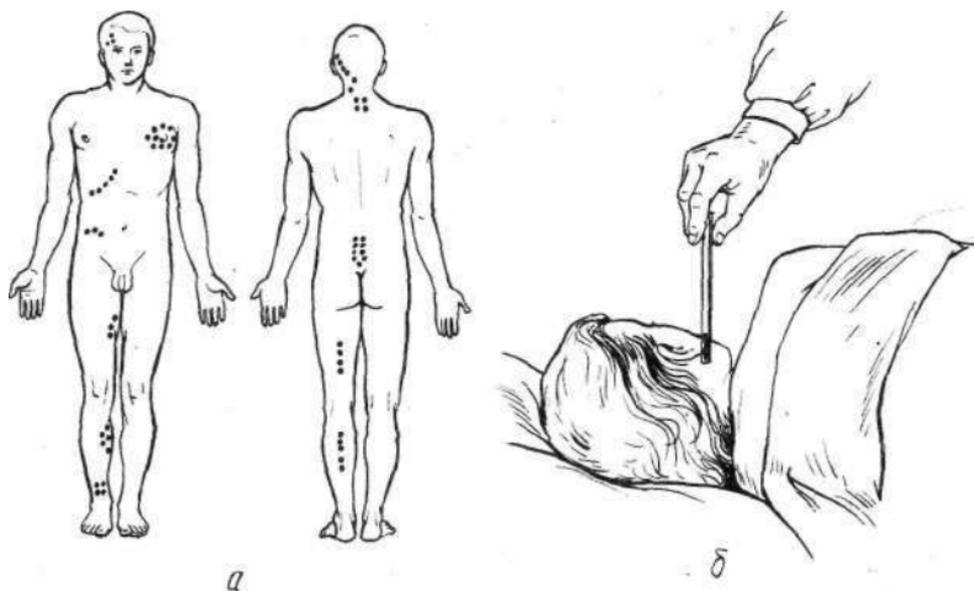


Рис. 23. Применение пиявок.
 а—места для присасывания лиявох; б — постановка пиявок.

только здоровые голодные пиявки, быстро двигающиеся в воде. Вялые движения, узелки, уплотнения и клейкая поверхность указывают на болезненное состояние пиявки и негодность ее к употреблению. Обычно ставят от 6 до 12 пиявок. Нельзя ставить пиявки на те места, где вены *ю*т артерии расположены под самой кожей, так как пиявки могут прокусить их там, где кожа слишком тонка и чувствительна или подкожная клетчатка очень рыхла (веки, мошонка).

Применяются пиявки только по назначению врача. Положение больного при этом лежачее. Для постановки пиявок необходимо приготовить стерильный лоток и пинцет, флакон с перекисью водорода, подсоленную воду, мензурку, раствор глюкозы, стерильные тампоны, салфетки, перевязочный материал. Кожу на месте присасывания необходимо побрить, хорошо вымыть водой и протереть досуха. Для лучшего присасывания пиявок кожу смачивают сладкой водой. Нельзя применять пахучее мыло, эфир и смазывать кожу йодом, так как пиявка не присосется. Медицинская сестра должна постоянно следить за состоянием больного и за тем, чтобы пиявки не расплзались. Больному пиявки показывать не рекомендуется, так как их вид может вызвать неприятные ощущения вплоть до обморока.

Пиявку захватывают пинцетом и помещают в пробирку или мензурку хвостовым концом вниз, затем прикладывают пробирку к нужному месту и ждут, пока пиявка не присосется.

После этого пробирку удаляют и следят, чтобы приевка не отвалилась. Обычно пиявка держится от 30 до 60 мин и отпадает сама. Если пиявку надо снять раньше, кожу смачивают подсоленной водой. Если пиявка перестает сосать, следует дотронуться до нее, и тогда она снова начинает сосать. Отрывать пиявку нельзя, так как можно поранить кожу и вызвать кровотечение. Из каждой ранки может вытечь от 10 до 40 мл крови. Места укусов могут кровоточить в течение суток и больше. На кровоточащие места необходимо наложить асептическую повязку, иногда давящую. Ранки обычно заживают через 2—3 дня. Очень важно после снятия пиявок наложить стерильные салфетки на ранки во избежание внесения инфекции. Пиявку используют только один раз, а потом помещают в соленую воду, раствор формалина или нашатырного спирта и спускают в канализацию. Повторно ставить пиявки больному можно лишь через несколько дней.

О с л о ж н е н и я . При нарушении правил асептики может появиться кожный зуд ранки или фурункул. Для ликвидации зуда кожу вокруг ранки смазывают смесью нашатырного спирта с вазелиновым маслом в равных пропорциях.

За- больными, которым ставят пиявки, необходим тщательный уход. Необходимо следить за пульсом и артериальным давлением больного, так как после пиявок оно снижается. Если через 2—3 дня ранки после укуса пиявки кровоточат и давящая повязка не помогает, их можно прижечь кристаллами перманганата калия.

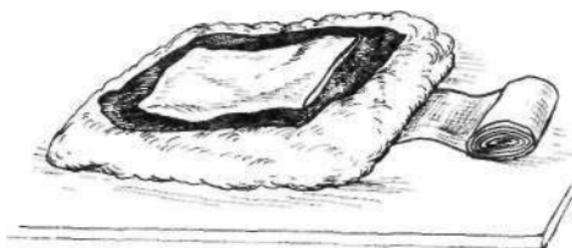
При нарушении мозгового кровообращения пиявки ставят на сосцевидные отростки по вертикальной линии, отступя на 1 см от ушной раковины. При затянувшихся приступах стенокардии и инфаркте миокарда пиявки оказывают и обезболивающее действие. Их ставят по 8—10 штук на область сердца в третьем, четвертом и пятом межреберьях, отступя от грудины на 1 см влево. При застойной болезненной печени пиявки ставят в количестве 10—12 вдоль реберного края.

Компрессы

Компресс — лечебная многослойная повязка, действующая как отвлекающее и рассасывающее средство.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение кожных и глубоко расположенных кровеносных сосудов, вследствие чего происходят прилив крови к данному месту, рассасывание воспалительного очага и уменьшение болей. Согревающий компресс можно ставить на любую часть тела.

П р о т и в о п о к а з а н и я . Заболевания кожи: дерматиты, пиодермия, фурункулез.



а



б



в

Рис. 24. Согревающий компресс.

необходимые принадлежности; — правильное положение бинт — общий вид согревающего компресса.

Согревающий компресс состоит из трех слоев: 1) куска чистой, плотной, но мягкой и гигроскопической ткани (льняное или салфеточное полотно, бумазая и др.), смоченной в жидкости комнатной температуры и хорошо отжатой; 2) клеенки или вошаной бумаги; 3) ваты. Каждый последующий слой должен быть шире предыдущего на 2 см во избежание преждевременного испарения влаги. Приготовленный таким образом компресс аккуратно прикладывают к участку тела так, чтобы влажный слой вплотную прилегал к коже, а остальные с избытком покрывали его. Затем компресс тщательно прибинтовывают. Повязку можно сверху завязать теплым шерстяным платком или шарфом (рис. 24). Длительность применения компресса должна быть в среднем 6—8 ч, но не более 12 ч. Меняют компрессы утром и вечером. Во избежание раздражения кожи место наложения компресса при его смене тщательно протирают теплой водой, высушивают теплым мягким полотенцем и делают перерыв на 2 ч. Для наложения нового компресса нужно брать чистый материал. Для компрессов могут применяться теплая вода, слабый раствор уксуса (1 чайная ложка на 0,5 л воды), водка, одеколон или спирт, разбавленный водой. Если появилась

сыпь, кожу нужно присыпать тальком, пудрой. Если после наложения компресса больной чувствует озноб, значит компресс наложен неправильно, — его необходимо срочно снять и наложить повторно. Если клеенка или вата прикрывает марлю не полностью или компресс плохо прибинтован, между ними и кожей проникает наружный воздух и вода, усиленно испаряясь, вызывает не согревание, а охлаждение кожи. Вот почему компресс нужно накладывать очень аккуратно, соблюдая приведенные правила. Правильность наложения согревающего компресса проверяют, подсунув палец под повязку и определяя влажность внутреннего слоя. Если через 2 ч внутренний слой влажный, значит компресс наложен правильно.

Если согревающий компресс наложен на большую поверхность, больные должны лежать в постели. Водочные и особенно спиртовые компрессы быстрее испаряются и высыхают, поэтому их приходится чаще менять. Такие компрессы длительное время применять нельзя, так как они сильно раздражают кожу.

Холодные компрессы (примочки) накладывают при ушибах, травмах, кровотечениях. Они вызывают местное охлаждение и сужение кровеносных сосудов, уменьшают кровенаполнение и боли. Для холодного компресса берут кусок марли или полотна, сложенного в несколько слоев, смачивают холодной водой, выжимают и накладывают на нужное место на 2—3 мин, пока компресс не согреется, — тогда его заменяют новым.

Припарки применяются при местных воспалительных процессах для их скорейшего разрешения. Для этого используют льняное семя, отруби или песок. Песок хорошо разогревают (отруби и семя отваривают), помещают в полотняные мешочки, затем прикладывают на кожу и покрывают клеенкой, шерстяным платком или одеялом. Чтобы замедлить остывание припарки, сверху кладут грелку.

Грелки

Грелка применяется для рассасывания воспалительных очагов, согревания тела и как болеутоляющее.

Противопоказания. Острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит), опухоли, кровотечения, ушибы (в первые часы). Грелки бывают резиновые и электрические.

Резиновая грелка (рис. 25) представляет собой резервуар емкостью 1—1,5 л с хорошо привинчивающейся пробкой. Наполнить грелку следует на $\frac{1}{4}$ ее объема, чтобы она не давила своей тяжестью, затем выпустить воздух нажатием, хорошо 'фивернуть' пробку, опрокинуть грелку пробкой вниз, проверить



Рис. 25. Применение грелки.

- наполнение; б — выведение воздуха; в — проверка на герметичность.

на герметичность, насухо вытереть, завернуть в полотенце и положить больному. Следует определять степень нагрева кожи под грелкой. Для предупреждения пигментации кожу под грелкой можно смазать вазелином или жиром. Очень горячую грелку следует завернуть в полотенце. Грелку держат до остывания. Ослабленные и тяжелобольные не всегда быстро реагируют на тепловое раздражение, поэтому у них грелки могут вызвать ожоги. Особая осторожность нужна в отношении больных, находящихся в бессознательном состоянии с потерей кожной чувствительности.

Вместо резиновой грелки можно применять электрическую, степень нагрева которой регулируют реостатом, который находится на месте соединения шнура с подушкой. Пользоваться такой грелкой нужно с перерывами.

Пузырь для льда

Пузырь для льда применяется при кровотечениях, в начальных стадиях острых воспалительных процессов, для уменьшения болей при ушибах, укусах насекомых. В пузыре для льда длительно сохраняется низкая температура. Он представляет собой резиновый мешок с достаточно широким отверстием и хорошо завинчивающейся пробкой (рис. 26). Лед разбивают в тряпке на мелкие кусочки, заполняют ими пузырь до половины, выжимают из него воздух и завинчивают пробку. Чтобы не вызвать чрезмерного охлаждения кожи, пузырь для льда нужно

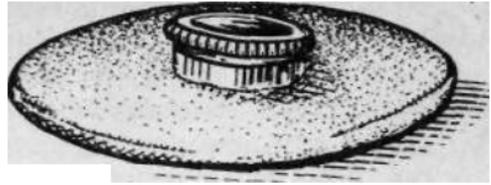


Рис. 26. Пузырь для льда.

класть на полотенце, сложенное вчетверо. Если пузырь стал мокрым, его следует вытереть. При появлении резкой боли от давления пузыря его подвешивают над больным местом. По мере таяния льда воду сливают и подкладывают новые кусочки льда.

Водолечение

Водолечение (гидротерапия) — применение воды в лечебных и профилактических целях. Одной из основных задач водолечения является достижение благоприятной реакции организма, что обеспечивается правильной дозировкой качества и количества процедур.

Действие температурного фактора основано на том, что между телом человека и водой происходит обмен тепловой энергии.

Механический фактор (движение, давление воды), присоединяясь к температурному, усиливает общее действие процедуры.

Основным местом приложения водолечебных процедур является кожа. В ней находятся рецепторы, которые, реагируя на действие воды, оказывают влияние на центральную нервную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы, кровь, обмен веществ, мускулатуру, мочеотделение.

Дозировка водолечебных процедур должна быть строго индивидуальной с учетом не только характера процедуры, но и реактивности организма больного. При слабой и быстро проходящей реакции процедуры можно назначать ежедневно, при более сильной — через день. Водолечение обычно назначают в виде курса от 12—15 до 20—30 процедур. Водолечебные процедуры состоят из обливания, обмывания, обтирания и ванн.

Лечебные **ванны** назначает врач. Они могут быть общие, когда в воду погружается все тело, и местные — погружение в воду части тела (ручные и ножные). По температуре ванны делят на холодные (ниже 20°C), прохладные (до 30°C), теплые (до 40 °C), горячие (выше 40 °C), индифферентные (34—36°C). Продолжительность ванн обычно колеблется от 15 до 20 мин. По составу ванны могут быть пресными, ароматическими, лекарственными, минеральными и газовыми.

Механизм действия ванны складывается из влияния температурного, механического и химического раздражителей на кожу, которая богата снабжена кровеносными сосудами, нервными окончаниями и участвует в процессе теплообмена.

Перед началом приема больным любой ванны медицинская сестра должна проверить готовность ванного помещения и ванны к выполнению процедуры. Во время приема ванны необходимо следить за пульсом, дыханием и общим состоянием больного.

Общие ванны с постоянно повышаемой температурой (от 37 до 40—42°C). Продолжительность процедуры до 20 мин. После ванны больного необходимо уложить на кушетку, укрыть простыней и шерстяным одеялом. Такие ванны являются сильнодействующим термическим раздражителем и вызывают выраженную реакцию организма: пульс учащается до 100 в минуту, дыхание более 24 в минуту. Медицинская сестра при этом должна следить за общим состоянием больного.

Контрольные вопросы и задачи

1. Каким способом можно воздействовать на кровообращение?
2. Как следует ставить горчичники?
3. Какие принадлежности необходимы для постановки банок, согревающих компрессов и пиявок?
4. На какие участки тела можно ставить пиявки?
5. Какова техника постановки банок и пиявок?
6. В чем заключается уход за больными после применения пиявок?
7. Когда применяются грелки, каково их устройство?
8. Как правильно подать грелку больному?
9. Как нужно подать больному пузырь для льда и когда его применяют?
10. Чем характеризуется водолечение как метод воздействия на кровообращение?
11. Какие правила необходимо соблюдать при проведении ванн? Роль медицинской сестры при этом?
12. Больному с инфарктом миокарда поставили пиявки. После снятия их было длительное кровотечение из ранок. В чем причина этого и что должна сделать медицинская сестра?
13. После банок у больной на спине появились волдыри. Что должна сделать медицинская сестра для их ликвидации?
14. Больному поставили горчичники на спину. Какой необходим последующий уход?
15. На инфильтрат наложили согревающий компресс, который быстро высох и не дал желаемого эффекта. Почему это произошло?
16. Пиявки на область сердца длительное время не присасываются. Что надо сделать, чтобы они присосались?
17. После постановки пиявок ранки кровоточат. Что должна делать медицинская сестра, чтобы прекратить кровотечение и предохранить ранки от инфицирования?

ВЫПИСЫВАНИЕ И ХРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ. СПОСОБЫ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Одним из важных терапевтических мероприятий является медикаментозное лечение. Медицинская сестра должна уметь правильно выписывать медикаменты, необходимые для работы в данном отделении, хранить их, обеспечивать своевременную раздачу лекарств больным и знать методы их введения. Раздача лекарств производится только медицинской сестрой, и принимать их больные должны в ее присутствии. Передоверять эту работу младшему медицинскому персоналу или самому больному категорически запрещается.

Выписывание лекарств

Выписывание лекарств из аптеки и хранение их в отделении — чрезвычайно важное и ответственное дело. Небрежность, невниманье, допущение ошибок при выписывании рецептов, особенно сильнодействующих и ядовитых веществ, могут причинить больному непоправимый вред. Медицинская сестра должна хорошо усвоить правила обращения с лекарственными веществами.

Выписывать медикаменты следует ежедневно. Медицинская сестра, участвующая во врачебном обходе больных, должна тщательно записывать все назначения. После обхода медицинская сестра выписывает из историй болезни все лекарственные назначения в специальный лист назначений и рецептурные тетради, которые состоят из двух половин: одну направляют в аптеку для изготовления лекарств, а другую оставляют в отделении для контроля. Сильнодействующие и ядовитые лекарства выписывают в отдельных тетрадях, где отмечают фамилию, имя и отчество больного, номер истории болезни, дату, количество ампул и медицинская сестра ставит свою подпись. Рецептура всего отделения поступает к старшей медицинской сестре отделения, которая в свою очередь проверяет правильность выписывания рецептов и относит их для проверки и подписи к заведующему отделением, после чего в аптеке приступают к приготовлению лекарств. В крупных больницах выделен специальный транспорт для доставки медикаментов в отделения.

При приеме медикаментов из аптеки медицинская сестра сверяет аптекарские надписи с записями в рецептурных тетрадях,

проверяет дозировку, внешний вид медикаментов, после чего все лекарства запирает в специальный шкаф. При обнаружении каких-либо расхождений в дозировке или дефектов в изготовлении лекарств медицинская сестра должна немедленно сообщить об этом заведующему Отделением и отправить препарат обратно в аптеку.

Из аптеки лекарственные вещества поступают в готовом для употребления виде. Менять упаковку, переливать жидкость из одной бутылки в другую, соединять порошки или таблетки в один пакет, делать раствор из порошков медицинская сестра не имеет права. Хранить лекарства без этикетки строго запрещается. В обращении с лекарствами медицинская сестра всегда должна быть предельно внимательна и осторожна. Прежде чем дать больному лекарство, следует внимательно прочесть надпись на упаковке.

Хранение лекарств

Для хранения медикаментов имеются специальные шкафы, которые находятся на посту медицинской сестры. Они должны хорошо запираются и контролироваться постовыми медицинскими сестрами. В шкафу лекарства располагают по группам (стерильные, внутренние, наружные) на отдельных полках. На каждой полке должна быть соответствующая надпись. Лекарства на полках целесообразно располагать в соответствии с их видом. Сзади ставят более крупную посуду, а спереди — поменьше. Это дает возможность прочесть любую этикетку и взять нужное лекарство.

Сильнопахнущие лекарства (йодоформ, лизол и др.) и легковоспламеняющиеся вещества (спирт, эфир) должны храниться отдельно. перевязочный материал, шприцы и другие предметы по уходу за больными также должны храниться отдельно от лекарств.

Сохранность лекарств зависит от многих причин: формы (порошки, таблетки, микстуры), температуры и влажности помещения, освещения, качества закупорки. Быстрее всего портятся настои и отвары, поэтому их следует хранить в прохладном месте, желательнее в холодильнике. Здесь же хранят вакцины, сыворотки, антибиотики. Нужно помнить^ что спиртовые и эфирные растворы испаряются, вследствие чего становятся более концентрированными, что может привести к передозировке и отравлению. Довольно быстро портятся мази и медикаменты, приготовленные на различных жирах. Они должны храниться в прохладном месте. Вещества, которые разлагаются на свету (нитрат серебра, йод, бром), отпускают в темных склянках и



Рис. 27. Столик для раздачи лекарств.

хранят в темном месте. Лекарства в отделении могут храниться 3—4 дня.

Стерильные растворы не в ампулах могут храниться в отделении не более 3 дней и их уничтожают, даже если бутылки не открывались. Признаками порчи лекарственных веществ и непригодности к употреблению служит появление налетов, хлопьев, изменение цвета, запаха.

Хранению в особых условиях подлежат ядовитые и сильнодействующие лекарственные вещества. Для них существуют небольшие сейфы, на внутренней стенке которых вывешивают список медикаментов, подлежащих хранению. В шкафу А находятся ядовитые вещества (наркотики, стрихнин, мышьяк), а в шкафу Б — сильнодействующие (кодеин, адреналин, снотворные). Для учета расхода ядовитых и сильнодействующих веществ существуют две тетради, которые должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены сургучной печатью данного лечебного учреждения. Ядовитые и сильнодействующие

лекарства, а также тетрадь их учета должны содержаться в условиях, гарантирующих их полную сохранность. За неправильное хранение и хищение ядовитых и сильнодействующих лекарств медицинский персонал несет уголовную ответственность.

Раздача лекарств в каждом отделении производится по-разному. Можно пользоваться лотками, разделенными на ячейки, в которых указана фамилия больного и заранее разложены лекарства. В таком виде медицинская сестра разносит лекарства в палаты. Иногда пользуются передвижными столиками, на которых помещены все лекарства, графин с водой, пинцет для раздачи пилюль и таблеток, чистые пипетки для капель и чистые мензурки для жидких лекарств (рис. 27). Этот столик медицинская сестра вкатывает в палату и в присутствии больного набирает необходимые лекарства, которые он тут же принимает. Перед дачей лекарства медицинская сестра еще раз тщательно осматривает его, проверяет дозировку, соответствие назначениям и т. д.

Способы введения лекарственных веществ

Существует несколько способов введения лекарственных веществ: **наружный** — через кожные покровы, слизистые оболочки или дыхательные пути, **внутренний** (энтеральный) — через рот или прямую кишку и **парентеральный**, минуя желудочно-кишечный тракт.

Наружное применение лекарственных веществ

Наружное применение лекарственных веществ рассчитано в основном на их местное действие. Всасывающая способность неповрежденной кожи очень мала; всасываются только жирорастворимые вещества через выводные протоки сальных желез и волосяные фолликулы. Нанесение лекарств должно производиться всегда на чистую кожу, чистыми инструментами и тщательно вымытыми руками. Мази применяют преимущественно при кожных заболеваниях. Стерильным шпателем намазывают мазь на стерильную салфетку, сложенную вдвое, и плотно прикладывают к пораженному участку. Величина салфеток должна соответствовать размеру поврежденного участка. Поверх салфетки кладут небольшой слой ваты. Если нужен мазевой компресс, то под слой ваты накладывают компрессную бумагу и подбинтовывают. Иногда приходится втирать мази в кожу для всасывания их в глубже лежащие ткани. Для этого участок кожи предварительно моют мылом, а затем, положив на ладонь нужное количество мази, начинают втирание. Мазь тщательно вти-

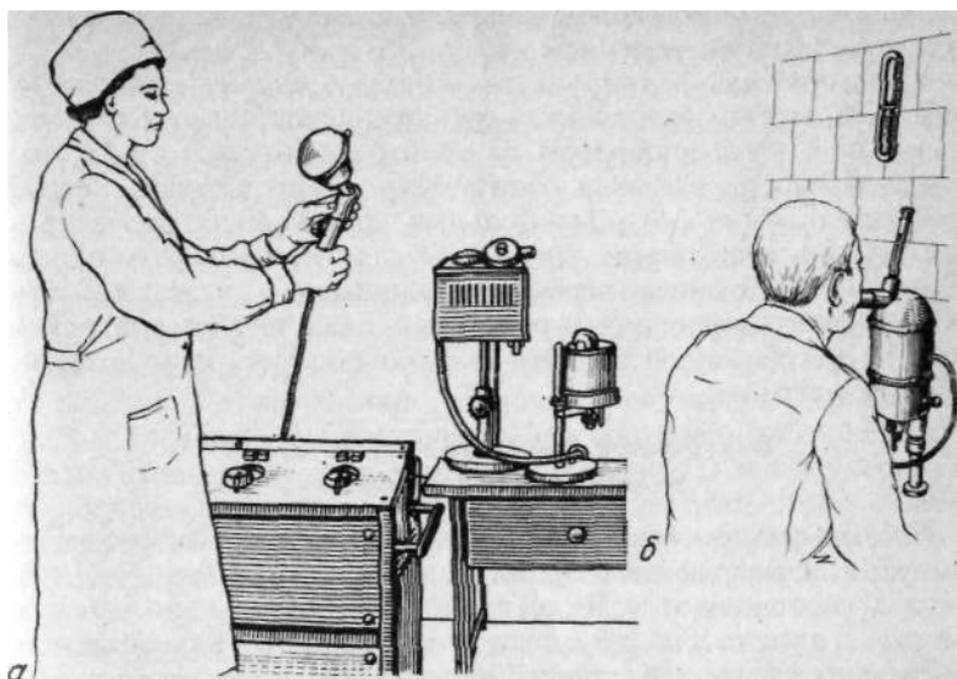


Рис. 28. Стационарный ингалятор (а, б).

рают на ограниченном участке в течение 30—40 мин. Втирание в волосистые части тела не рекомендуется: если такая необходимость все же возникла, волосы надо сбрить.

Для растирания небольшое количество теплого лекарственного вещества наливают на ладонь и растирают на коже до тех пор, пока ладонь не станет сухой, а кожа не покраснеет. Иногда как отвлекающее средство применяют смазывание кожи йодной настойкой. Для этого делают ватный тампон, наматывая на деревянный или железный стержень вату, затем смачивают его 5% спиртовой настойкой йода и несколько раз смазывают кожу. Перед смазыванием немного йода отливают в баночку, где и смачивают тампон, чтобы не портить йод во всей бутылке. После процедуры остаток йода выливают, а тампон выбрасывают или сжигают.

Ингаляция — метод введения лекарственных веществ через дыхательные пути путем вдыхания. Вдыхать можно газы (кислород, углекислота), легкоиспаряющиеся вещества (эфир, хлороформ), а также мелкораспыленные вещества (аэрозоли) при помощи специальных аппаратов, устроенных по принципу пульверизатора (сжатый воздух или кислород распыляет растворы, которые вдыхаются больными) или паровых ингаляторов (рис. 28).

Ингаляции можно производить также при помощи ручных лекарственных ингаляторов.

Перед ингаляцией грудную клетку больного закрывают клеенкой, чтобы предохранить от загрязнения белье. Больного усаживают перед аппаратом на таком расстоянии, чтобы выходящий пар не вызывал ожога. Пар нужно вдыхать носом, а выдыхать через рот. Для больных, страдающих бронхиальной астмой, существуют ингаляторы для домашнего употребления. Лекарственное вещество находится в пластмассовой трубке, на которую надет резиновый баллон. Больной нажимает на него и силой воздуха выталкивает лекарство в дыхательные пути.

Внутреннее (энтеральное) введение лекарственных веществ

Самым распространенным, простым и удобным способом введения лекарственных веществ является прием их внутрь. Внутрь употребляются лекарства в виде порошков, таблеток, пилюль, капель и микстур. Почти все они оказывают общее действие на организм, часто — местное воздействие на желудочно-кишечный тракт. Чаще всего лекарства дают перед едой, за исключением раздражающих желудочно-кишечный тракт (железо, мышьяк, йод), которые следует принимать после еды. Снотворное дают за полчаса до сна, лекарства, возбуждающие аппетит, — непосредственно перед едой.

Преимущество данного способа заключается в том, что лекарственные вещества применяются в различных формах и не в стерильном виде, недостаток — медленное и неполное всасывание лекарств в желудочно-кишечном тракте, в связи с чем нельзя точно установить дозировку. Медицинская сестра должна хорошо усвоить способы дачи больному лекарств через рот и введения через прямую кишку.

При приеме порошка разворачивают бумажку, придают ей форму желобка и высыпают все содержимое на язык больного, после чего дают запить водой. Если лекарство в облатке или капсуле, его кладут на корень языка и больной запивает его одним большим глотком воды. Если больной не может проглотить большую облатку, он во рту смачивает ее водой, облатка размокает и со следующим глотком воды быстро проходит в пищевод. Тем больным, которые не могут проглотить таблетку целиком, медицинская сестра должна растолочь ее в порошок.

Водные растворы лекарств (микстуры и отвары) дают в градуированных стаканчиках с отметкой 5, 10, 15 и 20 мл, а в домашних условиях — в ложках: средняя вместимость сто-

ловой ложки 15 мл, десертной — 10 мл, чайной — 5 мл. Спиртовые и эфирные настои, а также жидкие экстракты отмеривают каплями. Если во флаконах нет капельниц, капли отсчитывают с помощью чистых пипеток. Лекарство капают в стаканчик или рюмку и доливают водой, так как спиртовые или эфирные настои и экстракты нельзя принимать в чистом виде. Для каждого лекарственного вещества нужна отдельная пипетка.

При введении под язык лекарство быстро всасывается, не разрушается пищеварительными ферментами и поступает в общий ток крови, минуя печень. Так принимают нитроглицерин, валидол и др.

Больным с нарушением глотания, непрекращающейся рвотой, в бредовом и бессознательном состоянии лекарственные вещества вводят в виде свечей в прямую кишку, так как геморроидальные вены хорошо всасывают некоторые лекарственные вещества. Свечи имеют цилиндрическую форму с конусообразным концом. Готовят их на масле какао, с которым смешивают лекарственные препараты. Хранить свечи следует в холодильнике или прохладном месте. После введения в прямую кишку свечи расплавляются и обволакивают слизистую оболочку. Лекарственные вещества, находящиеся в свечах, действуют местно на слизистую оболочку или всасываются в кровь и оказывают общее действие на организм. Перед введением свечи необходимо поставить очистительную клизму. Для введения свечи в заднепроходное отверстие больной ложится на бок с притянутыми к животу ногами. Медицинская сестра разворачивает свечу, левой рукой раздвигает ягодицы больного, а правой вводит свечу узким концом так, чтобы она вошла за наружный сфинктер прямой кишки, иначе в результате сокращения мышц сфинктера свеча будет выброшена обратно. Свечу нельзя долго держать в руке, так как она быстро тает. После введения свечи больной должен несколько минут полежать, а затем медицинская сестра закладывает ватку между ягодицами.

Порентеральное введение лекарственных веществ

Основными преимуществами данного способа являются быстрота введения и точность дозировки.

Инъекцией называется введение лекарственных веществ внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутрикостно, в спинномозговой канал при помощи шприца. Этот метод требует строгого соблюдения правил асептики, при нарушении которых в организм могут попасть болезнетворные микробы и развиваться инфекционные осложнения, приводящие иногда к смертельному исходу. Поэтому медицинская сестра должна хорошо знать пра-

вила предстерилизационной подготовки инструментов, обработки своих рук и кожи больного, технику парентерального введения лекарственных веществ, а главное, правила асептики — предохранения ран от микроорганизмов, которые могут вызвать инфекцию.

Инструменты, которыми пользуются при парентеральном введении лекарственных веществ, должны быть стерильными, а руки медицинской сестры перед инъекцией тщательно вымыты.

Для инъекций пользуются шприцами и иглами (рис. 29). Шприц состоит из полого цилиндра, на одном конце которого имеется конус для насадки иглы; другой конец остается открытым для введения поршня, который насажен на стержень с рукояткой. Иногда на цилиндре бывает съёмная крышка для фиксации поршня. При оттягивании поршня в цилиндре создается отрицательное давление, вследствие чего через наконечник или полую иглу насасываются воздух или жидкость, которой надо наполнить шприц. При надавливании на поршень воздух или жидкость выдавливается из шприца. Шприц должен быть герметичен, т. е. не пропускать между цилиндром и поршнем ни воздуха, ни жидкости, иначе он непригоден для использования. Поршень должен свободно двигаться в цилиндре, плотно прилегая к его стенкам. Для проверки герметичности конус цилиндра следует плотно закрыть И пальцем левой руки, а правой вытягивать поршень из цилиндра. Если шприц герметичен, то поршень принимает первоначальное положение.

Шприц «Рекорд» состоит из стеклянного цилиндра, на одном конце которого вплотную прикреплена воронка из нержавеющей металла. На другом конце цилиндра имеется металлический ободок. Поршень в виде короткого металлического цилиндра точно подогнан к стеклянному цилиндру, что создает хорошую герметичность. В поршень ввинчен металлический стержень, на котором находится плоская рукоятка.

Шприцы специального назначения при малой емкости имеют суженный и удлиненный цилиндр, благодаря чему на него могут быть нанесены на большом расстоянии друг от друга и более точно выделены деления, соответствующие 0,02 и 0,03 мл. Это допускает более точную дозировку при введении сильнодействующих средств, инсулина, вакцин и сывороток.

В связи с внедрением в медицинскую практику пластических масс отечественная промышленность выпускает небьющиеся шприцы. Их преимущество заключается в прочности и легкости. Они легко моются и хорошо стерилизуются. Недостатком этих шприцев является плохая прозрачность.

В последнее время все большее распространение получают

WM
WM



«

L

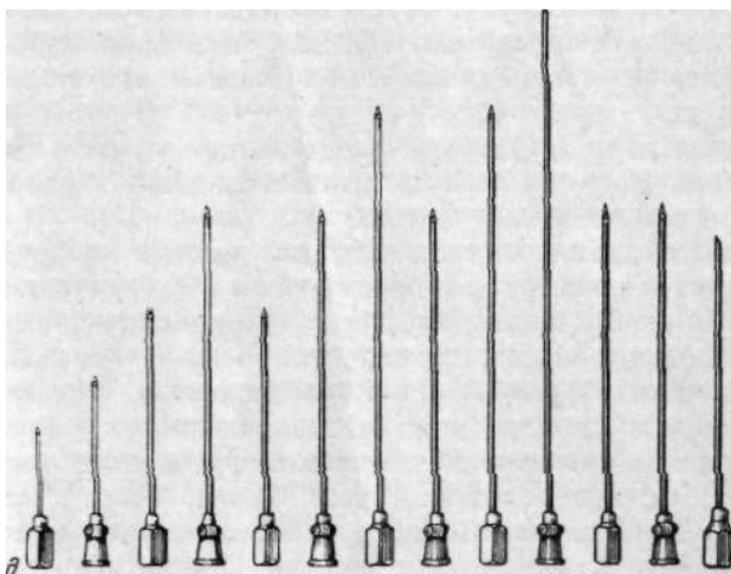


Рис. 29. Виды шприцев и игл.

^ — «Рекорд»; б — хомбийрированный; е — для инсулина; г — шприц Жане; д — набор игл.

ш п р и ц ы - т ю б и к и для одноразового применения. Их делают из пластмассы и стерилизуют в фабричных условиях. Такой шприц особенно удобен при оказании первой помощи. При применении шприца-тюбика вращением колпачка, закрывающего иглу, надвигают его на корпус шприца до отказа, причем мандреном иглы прокалывают закрывающую ее канал мембрану. Вращением в противоположном направлении снимают колпачок вместе с мандреном и, подняв иглу вверх, нажимают на стенки корпуса до тех пор, пока не удался! из иглы воздух. Производя вкол иглы, **ВВОДЯ** лекарство, усиливая сдавливание корпуса. При этом ни в коем случае нельзя касаться иглы руками.

Менее употребительны шприцы Люэра.

Поршень и цилиндр этого шприца изготовлены из стекла. Емкость шприцев Люэра 1—20 мл. Шприц хорошо стерилизуется кипячением, но герметичность его быстро нарушается.

И г л а для и н ъ е к ц и й представляет собой полую узкую металлическую трубку, один конец которой косо срезан и заострен. На другом конце иглы закреплена муфта, которая должна плотно прилегать к наконечнику шприца, чтобы предотвратить попадание воздуха. Иглы делают из обычной или нержавеющей стали.

Для различных инъекций существуют разные виды игл: 1) для внутривенного вливания — иглы длиной 5—6 см с просветом от 0,3 до 0,5 мм; 2) для подкожных инъекций — иглы длиной 3—4 см с просветом от 0,5 до 1 мм; 3) для внутримышечных инъекций — иглы длиной 8—10 см с просветом от 0,8 до 1,5 мм.

Шприцы и иглы требуют тщательного ухода и бережного отношения. Шприцы следует хранить в сухом и разобранном виде в металлических футлярах.

Одним из основных моментов подготовки инструментария к инъекциям является с т е р и л и з а ц и я (уничтожение различных микроорганизмов и спор с помощью физических и химических факторов). Довольно долгое время основным способом стерилизации шприцев и игл было кипячение. Однако в связи с разработкой методов быстрого автоклавирования и стремлением к централизованной заготовке стерильных материалов кипячение отходит на второй план. Тем не менее в небольших лечебных учреждениях и всюду, где сестре приходится самой стерилизовать шприцы, инструменты и прочие предметы, кипячение продолжает играть ведущую роль. Следует помнить, что обработка и стерилизация медицинского инструментария непосредственно на рабочем месте медицинской сестры ухудшает санитарно-гигиенические условия в рабочих помещениях (повы-

шенная температура и влажность, неприятные запахи, загрязненность воздуха и т. д.). Выпуск и внедрение в практику большого количества новых лекарственных препаратов, особенно биологически активных (антибиотики, кортикостероиды, витамины группы В), предъявляют повышенные требования к оборудованию рабочих мест палатных и процедурных медицинских сестер. При отсутствии эффективных систем вытяжной вентиляции увеличивается опасность возникновения аллергических реакций у медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

В лечебно-профилактических учреждениях нашей страны существует опыт организации централизованных стерилизационных отделений, основные задачи которых заключаются в обработке и стерилизации инструментария и перевязочных материалов, систем для переливания крови, в приготовлении дистиллированной воды для всех отделений и кабинетов. Работа этих отделений строится таким образом, чтобы переходить от более грязных операций к более чистым без обратного движения по пройденным помещениям. Поступающие материалы распределяют по трем основным потокам: 1) белье и перевязочный материал; 2) хирургические перчатки и резиновые изделия; 3) медицинский инструментарий.

В централизованном стерилизационном отделении имеются два отдела: стерильный и нестерильный. В нестерильном отделе осуществляются приемка, разборка, мытье, сушка и упаковка хирургических инструментов, шприцев и игл, подготовка перевязочного материала и операционного белья, хранение упаковочных материалов, ремонт и заточка инструментов. Здесь же производится зафузка в паровые и воздушные стерилизаторы. В стерильном отделе производится выгрузка стерильных материалов из стерилизаторов. В централизованной стерилизационной должен быть достаточный запас инструментов и материалов (тремякратный по отношению к суточному количеству).

Имеются стерилизаторы разнообразных конструкций: от портативного до высокопроизводительных шкафных автоклавов проходного типа и крупных многокамерных стерилизационных установок; созданы устройства для механизированной мойки медицинского инструментария. Для надежной сохранности стерильных материалов применяются различные по конструкции стерилизационные коробки с фильтрами.

Централизация процессов стерилизации медицинских инструментов, белья и других изделий является прогрессивной формой организации труда. Создание таких отделений избавляет средний медицинский персонал от выполнения вспомогательных работ и дает возможность медицинским сестрам больше времени

уделять больным. Кроме того, значительно сократилась заболеваемость вирусным гепатитом, постинъекционными флегмонами и абсцессами.

В последнее время наметилась тенденция к постепенной замене традиционных изделий многократного употребления изделиями разового использования. Это вызвано острой нехваткой младшего медицинского персонала, а также необходимостью поиска более эффективных мер борьбы с внутрибольничной инфекцией.

Медицинские сестры должны хорошо знать методы стерилизации. Приборы для кипячения называются дезинфицирующими кипятилниками. Они бывают простыми (огневыми) и нагреваются от любого источника тепла, а также электрическими, имеющими собственный нагревательный прибор, вмонтированный в поддон кипятилника. Кипятилники представляют собой бачки четырехугольной формы с крышкой и двумя парами ручек, укрепленными на крышке и на корпусе кипятилника. Внутри корпуса имеется сетка с бортиками, предназначенная для извлечения инструментов после кипячения. Электрические кипятилники бывают переносные и стационарные.

До закладки шприц и иглы, а также весь инструментарий, необходимый для инъекции, проходят так называемую предстерилизационную подготовку (табл. 3). Она преследует цель отмыть изделия от всех загрязнений и улучшить

Таблица 3

Этапы предстерилизационной очистки медицинских изделий

№ п/п	Этап обработки	Время и температура	Место, где производится очистка
1.	Предварительное ополаскивание проточной водой	'/2—1 мин	Ванна, раковина
2.	Замачивание в моющем растворе при полном погружении изделия	'/3 МИН при 50°С	Бачок, ванна, раковина
3.	Обработка каждого изделия в моющем растворе при помощи ершика или ватного тампона: с применением моющего средства «Биолот» с применением моющего средства «Триас-А», «Прогресс», «Лотос», «Астра»	3 мин 10 мин	Ванна, раковина Раковина
4.	Ополаскивание в дистиллированной воде	'/г мин	
5.	Сушка горячим воздухом	85°С	

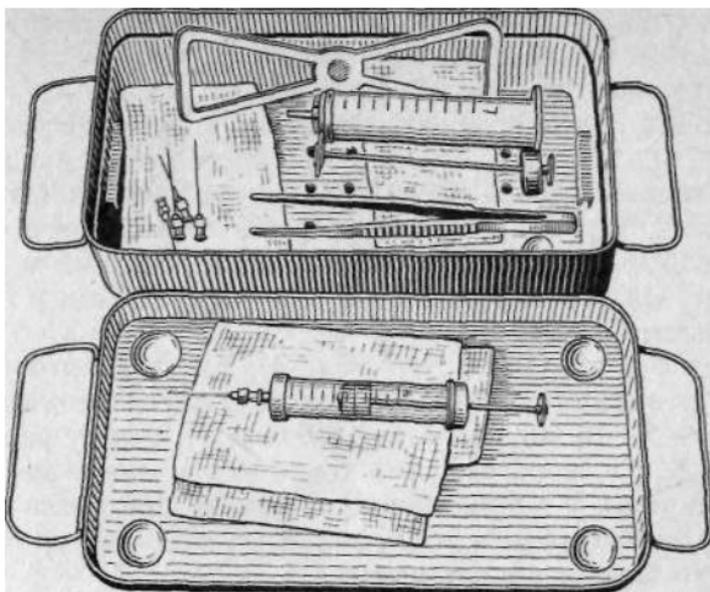


Рис. 30. Расположение шприцев и игл в стерилизаторе.

условия для обеспложивания, а также уничтожения пирогенных веществ, содержащихся даже в небольших количествах крови и других биологических жидкостях. Вначале шприц проверяют на герметичность, а иглы — на проходимость. Очистка шприца начинается с ополаскивания проточной водой в течение 1 мин, затем его закладывают в один из моющих растворов, подогретый до 50°C , при полном погружении на 15 мин. Для мытья инструментов и других изделий допускается смесь перекиси водорода (1—6%) с 0,5% растворами синтетических моющих средств («Прогресс», «Триас-А», «Лотос», «Астра», «Биолот»). Для приготовления раствора перекиси водорода пользуются пергидролем. Для приготовления 10 л смеси берут 50 г какого-либо синтетического моющего средства, а количество воды и пергидроля определяются желаемой концентрацией перекиси водорода. Для получения 1% раствора берут 400 мл пергидроля и 9550 мл воды; 2% — 800 мл пергидроля и 8750 мл воды, 6% раствора — 2400 мл пергидроля и 7550 мл воды.

После тщательного промывания струей холодной воды до полной ликвидации моющего средства шприц разбирают, а поршень и цилиндр закладывают в стерилизатор (рис. 30). Иглы кипятят со вставленными мандренами вместе со шприцами, набор игл завязывают в марлевую салфетку и еще раз заворачивают в другую — больших размеров.

Предварительно необходимо провести пробу на скрытую кровь. Для этого существуют два способа. 1 . Б е н з и д и н о -

вая проба — она производится непосредственно перед стерилизацией, так как реактив пригоден только в течение 2 ч. В чистую стерильную мензурку помещают несколько кристаллов бензидина, после чего вливают 1 мл ледяной уксусной кислоты (или 2 мл 50% раствора уксусной кислоты) и 2 мл 3% раствора перекиси водорода. Реактив наносят пипеткой в шприц и через него в иглу. Если на шприце или в игле есть остатки крови, происходит немедленное окрашивание реактива в ярко-зеленый цвет. Окрашивание, появившееся через 2 мин и позднее, не учитывается.

Ортотодоновая проба: 4% раствор ортотолуидина на 96% спирте хранят в холодильнике. Для определения скрытой крови берут 5—10 мл раствора, добавляют к нему равное количество 50% раствора уксусной кислоты и столько же дистиллированной воды. В шприц наносят 1 каплю этой смеси и 2 капли 20% раствора перекиси водорода. В присутствии крови получается ярко-зеленое окрашивание.

О наличии остатков моющих средств дает представление фенолфталеиновая проба. На вымытые детали наносят 1% раствор фенолфталеина. При наличии моющих средств получается розовое окрашивание. Если выявлены остатки крови или моющих средств, обработку повторяют снова.

После тщательной проверки шприц и иглы готовы к стерилизации кипячением. Шприц разбирают, цилиндр обертывают марлевой салфеткой и укладывают на сетку стерилшатора, где на дне также имеется слой марли. Ни в коем случае нельзя класть шприц на дно кипятивника — он может лопнуть. Кипятивник заливают холодной дистиллированной водой, а при ее отсутствии — дважды прокипяченной и профильтрованной водой, к которой добавляют гидрокарбонат натрия (2 г на 100 мл воды) для предохранения от накипи и ржавчины, а также с целью растворения жиров и остатков белка на инструментах. Закрывают плотно крышку и ждут кипения ключом, после чего начинают вести счет времени. Лучше всего при этом пользоваться специальными часами со звонком или песочными настенными часами. Стационарные кипятивники оборудованы специальными переключателями, позволяющими регулировать интенсивность кипения воды. Кипячение продолжается 45 мин, если добавляется какой-либо инструмент, кипячение продолжают еще 30 мин. В отделениях, где находился больной вирусным гепатитом, кипятить шприцы необходимо полтора часа. Затем кипятивник выключают, открывают крышку и переворачивают ее, извлекают сетку вместе с инструментами, ставят поперек кипятивника, чтобы полностью стекла вода, а затем переходят к сборке шприца и проведению инъекции. Шприцы с эбони-

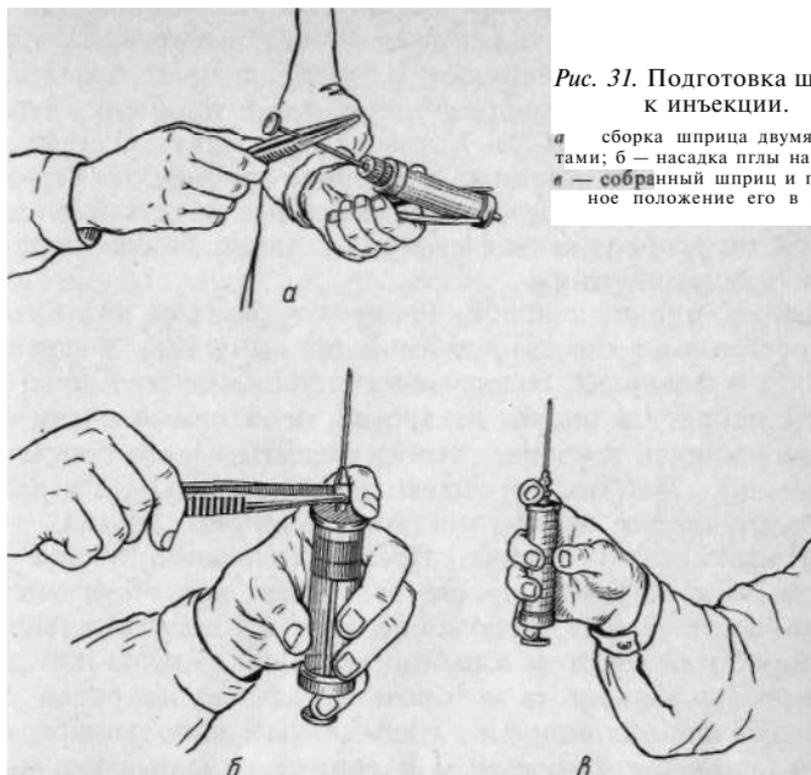


Рис. 31. Подготовка шприца к инъекции.

а — сборка шприца двумя пинцетами; б — насадка иглы на шприц; в — собранный шприц и правильное положение его в руке.

ТОВОЙ оправой кипятить нельзя. Их дезинфицируют в 3% растворе карболовой кислоты, которая до употребления шприца должна быть смешана пополам с дистиллированной водой.

До начала сборки шприца медицинская сестра должна тщательно вымыть руки мылом и щеткой теплой проточной водой, а затем, не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить стерильности, хорошо протереть их спиртом. Вымытыми руками медицинская сестра не должна дотрагиваться до посторонних предметов. Перед инъекцией необходимо также хорошо подготовить кожу больного. Для этого стерильным тампоном, смоченным в спирте, протирают участок кожи, куда надо делать инъекцию. Правильная подготовка шприца, иглы, рук медицинской сестры и кожи больного имеет очень большое значение. Главное при этом — соблюдение всех правил асептики.

Собирать шприц после кипячения начинают, когда он полностью остыл (рис. 31). Простерилизованные предметы следует брать стерильными пинцетами. Даже хорошо вымытыми руками можно дотрагиваться только до тех частей, которые не соприкасаются с телом больного. Категорически запрещается руками дотрагиваться до иглы. Собирают шприц следующим

образом: держа в левой руке пинцет, захватывают цилиндр; пинцетом в правой руке берут за головку поршень, вращательными движениями вставляют в отверстие цилиндра и продвигают до конца. V пальцем удерживают поршень, чтобы он не выскакивал. Пинцетом в правой руке берут иглу за муфту, насаживают ее на цилиндр и хорошо притирают. Проверяют проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту И пальцем. После этого шприц готов к употреблению.

Собрав шприц с иглой, набирают раствор для инъекции. Лекарственные вещества для инъекций выпускают в стерильных ампулах и флаконах, содержащих стерильные растворы. Прежде чем набрать в шприц лекарство, необходимо очень внимательно прочесть название, чтобы убедиться в его соответствии назначению. Для каждой инъекции необходимы две иглы: одна используется для набора раствора в шприц, другая — непосредственно для инъекции. Предпочтительнее, чтобы первая игла была с широким просветом. Смена игл обеспечивает их стерильность. Этому требованию отвечает также предварительная обработка спиртом или йодом шейки ампулы или резиновой пробки флакона, в котором находится лекарство. Узкую часть ампулы надпиливают специальным напильником и марлевым шариком, смоченным в спирте, отламывают ее. Правой рукой острие иглы, надетой на шприц, вводят в ампулу и, оттягивая поршень, постепенно набирают нужное количество содержимого ампулы или флакона в шприц. Погружать иглу в ампулу следует постепенно, по мере насасывания раствора наклоняя ее, чтобы набрать все содержимое. Ампулу держат левой рукой между II и III пальцами, а I и IV пальцами держат цилиндр шприца. Пузырьки воздуха, имеющиеся в шприце, необходимо удалить. Для этого шприц держат вертикально, придерживая V пальцем поршень, а IV — иглу. Затем иглу поворачивают кверху и вращательными движениями поршня постепенно выталкивают из нее воздух до появления капель из просвета иглы (рис. 32). Если вводят маслянистую жидкость, ампулу следует подогреть, опустив ее в теплую воду. Категорически запрещается надевать на иглу вату, смоченную спиртом, так как ватные волокна могут быть причиной подкожных инфильтратов и нагноений. К постели больного шприц следует нести на лотке.

Во многих больницах применяется централизованная стерилизация шприцев и игл в сухожаровых шкафах. Для этого каждый шприц и иглы парами помещают в особый бумажный мешок из специальной силикатной бумаги, заклеенной с обеих сторон. Перед употреблением упаковку вскрывают, не вынимая шпри-

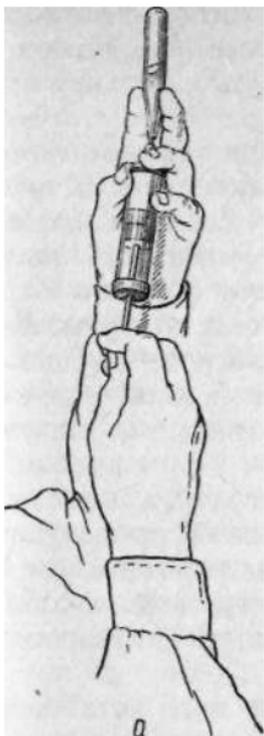


Рис. 32. Наполнение шприца.
а — из ампулы; б — из флакона.



ца, достают поршень и вставляют в цилиндр, не нарушая стерильности. Так же поступают с иглами.

После использования шприц обрабатывают общепринятым методом, сушат и в сухом виде передают в стерилизационную. Здесь снова проверяют, не осталась ли в шприце кровь путем закапывания 1 капли бензидина. Сухие шприцы запечатывают и только после этого укладывают в сухожаровой шкаф для стерилизации. Такая многократная стерилизация имеет большое преимущество. Во-первых, в случае срочной необходимости всегда имеется стерильный шприц, так как в запечатанных пакетах стерильность сохраняется в течение месяца. Во-вторых, подобная стерилизация является профилактикой инфильтратов, абсцессов, так как для каждой инъекции используются отдельные шприцы и иглы.

В некоторых больницах с успехом применяется наиболее простой способ централизованной стерилизации шприцев — с помощью автоклавов, имеющих в большинстве лечебных учреждений. Стерилизация в автоклаве удобна, экономична и надежна во всех отношениях, так как ее могут производить в лечебных учреждениях всех категорий.

Подготовка шприцев к стерилизации производится по общепринятой методике. После просушки шприцы укладывают в

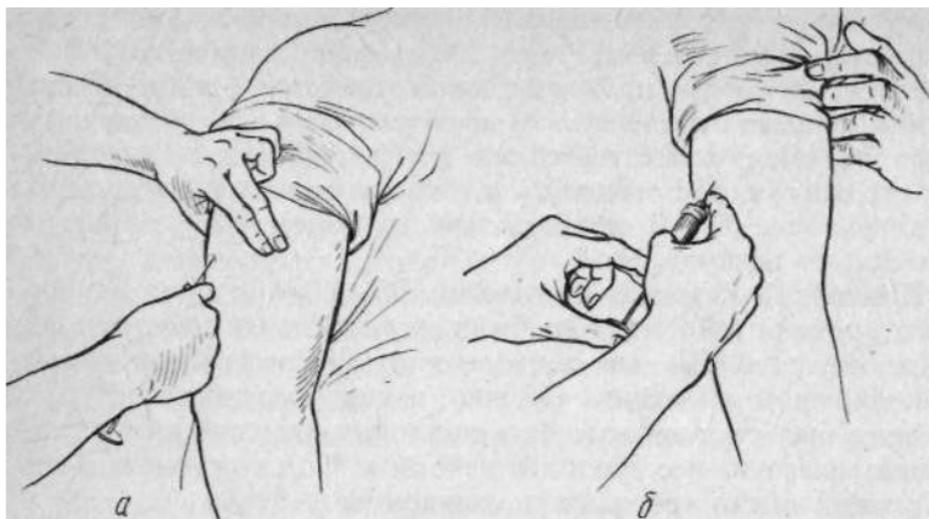


Рис. 33. Подкожное введение лекарств.
а — первый этап; *б* — второй этап.

его опорожнения, не выводя иглы, осторожно разъединяют с ней шприц, вводят в него дополнительное количество и заканчивают инъекцию.

При подкожных инъекциях возможно попадание иглы в сосуды и введение в них тех лекарственных веществ, которые должны вводиться в подкожную клетчатку. Особенно опасно попадание в сосуды масляных растворов (камфорное масло) и взвесей. Недопустимо также введение лекарственных веществ в толщу кожи, а не в подкожную клетчатку, что может произойти при недостаточно глубоком вколе. Затупленность иглы приводит к травматизации сосудов, что способствует развитию воспалительного процесса в области инъекции. После инъекции возможно образование подкожного инфильтрата, который наиболее часто появляется после введения неподогретых маслянистых растворов, а также при любой инъекции, если не соблюдаются все правила асептики и антисептики. Во избежание этих осложнений следует делать инъекции соответствующей иглой, а также менять места инъекций.

При обнаружении медицинской сестрой уплотнения или покраснения кожи в месте укола необходимо поставить согревающий компресс из 40% спиртового раствора, положить грелку и сообщить об этом осложнении врачу. При образовании абсцесса его вскрывают.

Для введения под кожу большого количества жидкости пользуются прибором для капельных вливаний. Во время подкож-

Ного введения растворов медицинская сестра должна, не отходя от больного, внимательно следить за его общим состоянием, положением иглы, температурой жидкости. Подкожные вливания производят при избыточной потере жидкости организмом (неукротимая рвота, понос, кровотечение, ожоги), а также в первые дни после операции, когда больному нельзя пить, при отравлениях и др. Наиболее часто вводят стерильный изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы и ряд других стерильных растворов, которые содержат соли, необходимые организму. Большие количества жидкости вводят в течение суток. Всего за сутки под кожу можно ввести до 3 л жидкости. Одновременно можно вводить не более 500 мл, в противном случае возможно повреждение подкожной клетчатки. Первую половину суточного количества жидкости вводят в период от 9 до 15 ч дня, вторую — от 18 до 24 ч. Наиболее удобным местом для длительных подкожных вливаний является передненаружная поверхность бедра.

Для подкожного введения жидкостей можно использовать специальные ампулы или флаконы с системой трубок, которые широко применяются для переливания крови. Заполняют систему следующим образом: после наполнения ампулы или флакона подогретым стерильным раствором приподнимают иглу и соединенную с ней трубку для вытеснения жидкостью воздуха из трубки и постепенно опускают иглу до тех пор, пока вся трубка не наполнится и жидкость не начнет струйкой выделяться из иглы. После этого систему пережимают винтовым или кровостанавливающим зажимом. Кожу тщательно обрабатывают спиртом, захватывают в треугольник основанием книзу, прокалывают ее, проводят иглу в подкожную клетчатку и соединяют с резиновой трубкой, с которой снимают зажим. Иглу фиксируют лейкопластырем или подбинтовывают к ноге.

Сосуд, в котором содержится переливаемая жидкость, укрепляют на специальной стойке. После введения иглы в подкожную клетчатку жидкость будет поступать под кожу вследствие давления столба жидкости в трубке, которая должна иметь длину 60—100 см; сосуд поднимают на высоту 1,5 м. Наиболее существенной частью систем для капельного вливания является капельница, позволяющая контролировать скорость введения жидкости. Капельница представляет собой небольшой стеклянный баллон с двумя отводами, имеющий внутри капилляр. Скорость поступления жидкости через капилляр капельницы регулируется винтом или зажимом Мора, который должен быть наложен ниже капельницы. Свободный конец резиновой трубки идет ^ сосуду с раствором, другой конец соединяют с отводом от капельницы, чтобы капилляр ее находился наверху. На противо-

положный конец капельницы надевают вторую длинную резиновую трубку, имеющую на конце канюлю, соответствующую игле. Систему с капельницей заполняют следующим образом: сначала наполняют сосуд, пережав систему зажимом. Укрепив сосуд на стойке, заполняют капельницу и всю систему жидкостью.

Перед вливанием необходимо убедиться в стерильности раствора по надписи на этикетке, в герметичности упаковки и прозрачности жидкости. Медицинская сестра, не отходя от больного, должна внимательно следить за его общим состоянием, положением иглы и температурой жидкости.

Капельное введение лекарственных веществ применяется в тех случаях, когда нужно ввести относительно большой объем жидкости или вводить лекарственное вещество в течение длительного времени. На практике это производится при помощи специальной системы, которая состоит из резиновых трубок диаметром 7 мм, длиной 10, 15 и 50 см, стеклянной капельницы, двух стеклянных контрольных трубок длиной 5 см, зажимов Мора и Кохера или Пеана и канюли для иглы. Систему соединяют со стерильным раствором для капельного вливания.

Все составные части системы для капельного вливания подготавливает медицинская сестра. Новые резиновые трубки разрезают на отрезки необходимой длины и моют снаружи теплой водопроводной водой. Просвет трубок промывают струей мыльной воды. Периодически производят массирование трубки. Затем трубки замачивают в течение 2 ч в растворе, приготовленном из такого расчета: на 1 л 1% раствора перекиси водорода 30 г порошка «Лотос» (температура раствора 50°C), после чего трубки вновь промывают водой и кипятят в течение 20 мин в дистиллированной воде. Прежде чем приступить к обработке резиновых трубок, бывших в употреблении, необходимо проверить их целостность. Использование поврежденных трубок не допускается. Процесс обработки трубок (как новых, так и бывших в употреблении) завершается стерилизацией их в автоклаве без повышения давления в течение 30 мин с последующим высушиванием.

Новые иглы и канюли очищают от вазелина, канал их протирают при помощи мандрена ватой, смоченной спиртом. Иглы оттачивают. Канюли и отточенные иглы кипятят в течение 30 мин и далее обрабатывают в сухожаровом шкафу в течение 1 ч при температуре 160°C или в автоклаве под давлением 1,5 атм в течение 30 мин.

Стеклянные части системы (как новые, так и бывшие в употреблении) после тщательного промывания погружают на 2 ч в раствор, которым пользуются для обработки резины, затем

кипятят в течение 20 мин в дистиллированной воде, насухо протирают и хранят в чистых полотняных мешках.

Монтаж системы очень ответственная работа, которая должна производиться медицинской сестрой на чистом столе тщательно вымытыми руками. Во время монтажа медицинская сестра должна очень внимательно следить за правильным соединением отдельных частей.

Смонтированные системы упаковывают в пергаментную бумагу или полотенце, перевязывают бинтом, маркируют и стерилизуют в автоклаве в течение 1 ч под давлением 1,2 атм. В экстренных случаях допускается стерилизация путем кипячения в дистиллированной воде в течение 45 мин. Срок хранения систем, упакованных в полотенце, 1 сут, упакованных в пергамент — до 5 сут.

Стерильную капельницу заполняют следующим образом: перед заполнением ее раствором на трубку, отходящую от сосуда, накладывают зажим Мора над капельницей и кровоостанавливающий зажим у иглы; контрольная трубка находится между капельницей и иглой. Перед заполнением капельницы оба зажима должны быть плотно закрыты. Затем снимают кровоостанавливающий зажим, ослабляют зажим Мора и начинают заполнять капельницу в перевернутом виде. Заполнив до половины, медленно опускают ее в обычное положение и заполняют систему, наблюдая через контрольные трубки прохождение пузырьков воздуха. Спустив немного жидкости и убедившись, что пузырьки воздуха вышли, накладывают кровоостанавливающий зажим на расстоянии 3—4 см от канюли, а зажимом Мора устанавливают нужную частоту капель в минуту. Число капель может быть, согласно назначению врача, от 20 до 80 и зависит от лекарственного состава, состояния и возраста больного. После каждого употребления систему необходимо разобрать и промыть все трубки, иглу и канюлю отдельно.

В настоящее время широко используется система одноразового употребления с инструкцией по применению на упаковке. Перед началом вливания необходимо убедиться в стерильности раствора по надписи на этикетке, в герметичности упаковки и прозрачности жидкости.

При правильно произведенных подкожных вливаниях осложнений обычно не бывает. Большое значение имеет тщательная обработка всей системы после применения, так как иначе невозможно обеспечить ее стерильность при повторном употреблении.

Наиболее частые погрешности и ошибки при проведении подкожных инъекций: 1) неправильный выбор места для инъекции (передняя поверхность плеча), что приводит к образованию

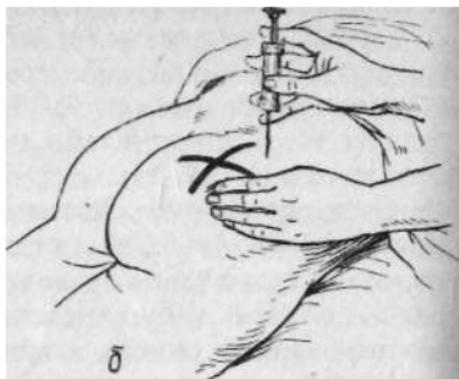
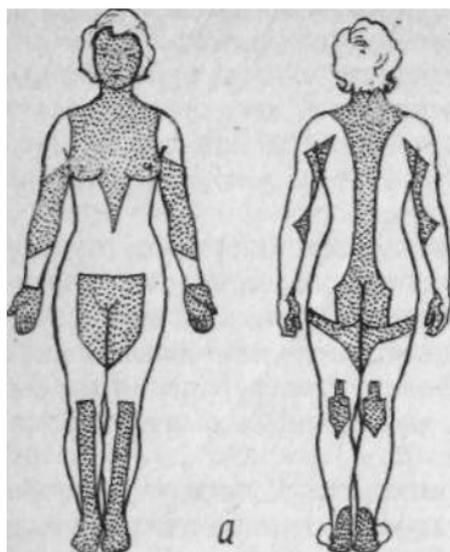


Рис. 34. Внутримышечные инъекции.
a — места, куда нельзя делать внутримышечные инъекции; *б* — техника инъекции.

плохо рассасывающихся инфильтратов; 2) нарушение асептики, что вызывает местные и общие инфекционные осложнения.

Внутримышечное введение лекарственных веществ. Мышцы обладают широкой сетью кровеносных и лимфатических сосудов, поэтому создаются условия для быстрого и полного всасывания лекарств. Если лекарственные вещества вызывают боли и плохо рассасываются при подкожном введении, а также в случае необходимости получить быстрый терапевтический эффект от введения лекарств подкожное введение заменяют внутримышечным. Внутримышечные инъекции следует производить в определенных местах тела, где имеется значительный слой мышечной ткани, вдали от крупных кровеносных сосудов и нервных стволов (рис. 34), например в мышцы ягодиц, живота и бедер.

Для внутримышечных инъекций пользуются шприцами Люэра, «Рекорд» с иглами толщиной 0,8—1,5 мм и длиной 8—10 см. Длина иглы зависит от толщины слоя подкожной клетчатки, так как необходимо, чтобы при введении игла прошла подкожный жировой слой и находилась в толще мышцы.

Наиболее удобным местом для внутримышечных инъекций является ягодичная область, но так как там проходят седалищный нерв и крупные кровеносные сосуды, инъекции следует производить только в верхненаружный ее квадрант, который определяют, мысленно разделив ягодицу на четыре части.

Чаще всего внутримышечно вводят антибиотики, сульфат магния, сыворотки. Антибиотики выпускают в специальных флаконах в виде кристаллического порошка. Перед употреблением его растворяют в стерильном изотоническом растворе

хлорида натрия, дважды дистиллированной воде или 0,5% растворе новокаина (в 2% растворе новокаина пенициллин не растворяется, а выпадает в осадок). В стерильный шприц набирают растворитель в зависимости от количества антибиотика, который дозируется в единицах действия (ЕД). На 100 000 ЕД нужно взять 1 мл растворителя, на 500 000 ЕД — 5 мл и т. д. С флакона снимают крышку, резиновую пробку протирают спиртом и прокалывают иглой, соединенной со шприцем, в котором имеется растворитель. Постепенно вводят раствор, под действием которого антибиотик растворяется, затем флакон переворачивают и жидкость насасывают в шприц. Раствор антибиотика нагревать нельзя, так как под влиянием высокой температуры он разрушается. В разведенном виде антибиотик можно хранить не более суток. Йод также разрушает антибиотики, поэтому йодные настойки для обработки резиновой пробки флаконов и кожи на месте укола не применяются.

Подготовка шприца, обработка рук медицинской сестры и кожи больного производятся по общим правилам асептики. Руки медицинская сестра должна мыть с мылом и щеткой под струей горячей воды непосредственно перед сборкой шприца. Чистыми руками дотрагиваться до посторонних предметов нельзя. Ваткой, смоченной спиртом, медицинская сестра тщательно протирает ногтевые фаланги и эту ватку выбрасывает, а затем берет чистый ватный шарик, смоченный спиртом, и протирает кожу больного.

Техника внутримышечных инъекций. Больной лежит на животе или на боку при введении лекарства в область ягодицы или на спине при введении в переднюю поверхность бедра. Шприц держат таким образом: И палец придерживает поршень, V палец — муфту иглы, а остальные пальцы держат цилиндр. Положение шприца должно быть перпендикулярно поверхности тела больного. Решительным движением вводят иглу в середину кожной складки на глубину 7—8 см, оставляя 1 см над муфтой, *так как* в этом месте игла чаще всего ломается. После этого необходимо потянуть поршень на себя, убедиться, что игла не находится в кровеносном сосуде (кровь не появляется в шприце), а после этого нажать на поршень, постепенно вытесняя раствор до конца. Кожу вокруг места прокола натягивают левой рукой. Удалять иглу следует быстрым движением, прижимая к коже ватный тампон, смоченный в спирте.

При внутримышечном введении лекарства в бедро шприц необходимо держать как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.

При употреблении нестерильных шприцев и игл, неточном выборе места инъекции, недостаточно глубоком введении иглы

и попадании в кровеносный сосуд могут возникнуть различные осложнения: постинъекционные нагноения, повреждения нерва, медикаментозная эмболия, поломка иглы.

На введение некоторых лекарств, особенно антибиотиков, могут развиваться анафилактический шок и другие аллергические реакции. В связи с этим необходимо предварительно определить реакцию больного на введение антибиотиков. Для профилактики аллергических осложнений больному вводят антибиотики по методу Безредки. Для этого в шприц набирают 0,1 мл раствора антибиотика, вводят под кожу и через 20 мин проверяют реакцию. Если у больного нет неприятных ощущений, крапивных пятен на теле и не снижается артериальное давление, то вводят еще 0,5 мл раствора, а через 20 мин — все остальное содержимое флакона. Если больной покраснел, у него появились неприятные ощущения в области сердца, подложечной области и т. д., вторую порцию раствора антибиотиков не вводят, а вызывают врача и выполняют его назначения.

Внутривенное введение лекарственных веществ. При этом способе введения лекарственное вещество поступает непосредственно в кровь и оказывает немедленное действие. Внутривенное вливание осуществляется путем венепункции и венесекции.

Венепункция. Внутривенное введение небольших количеств лекарств производит врач или хорошо обученная процедурная медицинская сестра. Для этого необходимо иметь шприц емкостью 10—20 мл с хорошо подобранной иглой, резиновый жгут, спирт и стерильный материал. Шприц и иглы тщательно стерилизуют. Медицинская сестра моет руки теплой водой с мылом, протирает спиртом, а ногтевые фаланги смазывает настойкой йода. Необходимо строго следить за выполнением всех правил асептики, чтобы не внести в кровь болезнетворные микробы.

Для внутривенных вливаний применяют стерильные прозрачные растворы. Дозировка при этом способе введения несколько отличается от дозировки при подкожной инъекции, а введение сильнодействующих средств всегда медленное.

Перед тем как набрать в шприц раствор, медицинская сестра во избежание ошибки обязательно должна проверить, тот ли раствор взят, дату его изготовления и дозировку. Подобная проверка необходима, так как известны случаи, когда из-за небрежности медицинского персонала в вену вводились ядовитые вещества, нестерильные или концентрированные растворы, после чего наступала смерть больного.

Раствор в шприц набирают непосредственно из ампул через иглу большого диаметра. Необходимо удалить все пузырьки

воздуха, которые могут оказаться в шприце. Держа шприц вертикально иглой вверх, оттягиванием поршня собирают мелкие пузырьки в более крупные и удаляют их через иглу. Следует остерегаться попадания в кровь при внутривенных вливаниях даже небольшого количества воздуха ввиду опасности воздушной эмболии.

Внутривенное вливание обычно производят в вену локтевого сгиба. Место предполагаемого укола необходимо тщательно обработать спиртом. Выше локтевого сгиба на среднюю треть плеча накладывают жгут или любую резиновую трубку так, чтобы вызвать набухание вен; при этом важно не сдавливать артерии, что проверяется наличием пульса на лучевой артерии. Накладывают жгут так, чтобы его можно было легко распусти-

Для усиления венозного застоя больному предлагают несколько раз сжать и разжать кулак или перед наложением жгута опустить руку.

Во время процедуры больной сидит или лежит. Рука его должна лежать на столе или на кровати в положении максимального разгибания в локтевом суставе; для этого под руку подкладывают плоскую подушку.

Кровь из вены для исследования берут путем прокола ее обычной иглой Дюфо большого диаметра.

Внутривенное введение большого количества жидкостей капельным путем. Капельное введение позволяет медленно вводить большие количества жидкости (до нескольких литров в сутки), когда надо быстро повысить сопротивляемость организма или вывести скопившиеся в нем яды. Вводимая жидкость должна иметь состав, не изменяющий осмотического давления крови, не содержать сильнодействующих веществ, быть тщательно простерилизованной и подогретой до 40 °С.

Необходимый инвентарий для внутривенных вливаний: стеклянная емкость и система для капельного вливания, 1—2 кровоостанавливающих-зажима, винтовой зажим, 3—4 иглы разного калибра для пункции вены. Ниже капельницы обязательно должно быть вставлено контрольное стекло, которое позволяет своевременно заметить наличие воздуха в системе и избежать воздушной эмболии. Резиновые трубки следует плотно надевать на стеклянные части.

Система (ампула или флакон, капельница, резиновые трубки) нигде не должна пропускать жидкость или засасывать воздух, т. е. должна быть герметичной (рис. 35).

Системы для вливания обычно готовят заранее и в смонтированном виде, завернув каждую систему в отдельную просты-

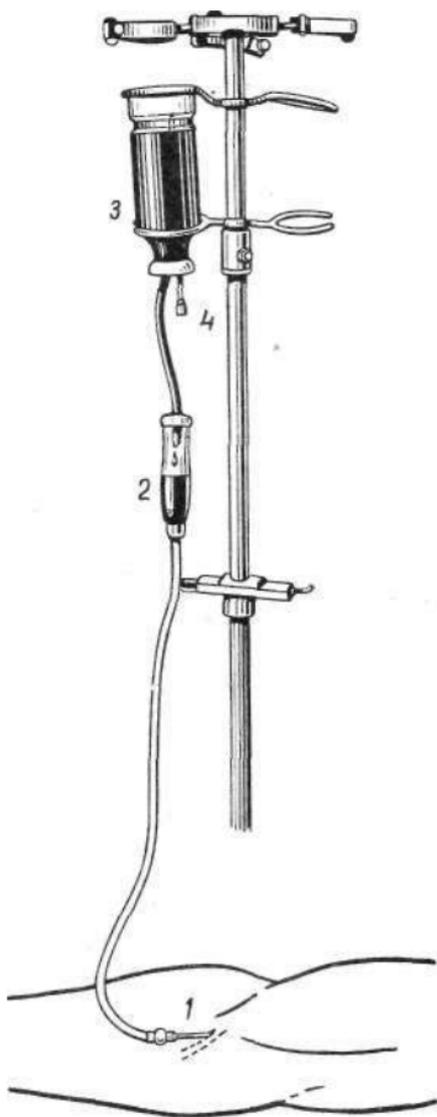


Рис. 35. Внутривенное капельное вливание.

1 — игла в просвете вены; 2 — капельница; 3 — флакон с жидкостью; 4 — игла с фильтром для поступления воздуха в флакон.

дую перемешивания содержимого флакона обрабатывают его пробку спиртом или йодом и, освободив иглу от защитного колпачка, вводят в пробку флакона как можно глубже. Отводную трубку иглы закрепляют параллельно стенке флакона. После освобождения иглы, близкой к капельнице, ее также вводят через пробку во флакон, пережав систему выше капельницы имеющимся

ную стерилизуют в автоклаве. После стерилизации система пригодна в течение 1—2 сут.

Системы одноразового использования находят все более широкое применение для вливания крови, кровезаменителей, солевых и лекарственных растворов. Системы изготовляют из апиrogenной, нетоксичной пластмассы, стерилизуются заводом-изготовителем и выпускаются в стерильной упаковке с указанием серии и даты стерилизации. Эти системы предназначены для одноразового вливания из флаконов, закрытых резиновой пробкой. Система состоит из короткой трубки с иглой для поступления во флакон воздуха и длинной трубки с капельницей. На одном конце короткой трубки имеется игла, на другом — фильтр для задержки пыли. На конусе длинной трубки есть игла для прокалывания резиновой пробки флакона, на другом — канюля, идущая к игле, вводимой в вену.

Иглы находятся в особых колпачках.

Перед применением системы проверяют герметичность упаковочного пакета и целостность колпачка на иглах. Вскрывают систему разрывом упаковочного

в пакете пластинчатым зажимом. Флакон поворачивают вверх дном, укрепляют на штативе и обычным способом заполняют систему. Из фильтра и капельницы вытесняют воздух, приподняв капельницу так, чтобы капроновый фильтр находился вверху, а трубка капельницы внизу. Вводимым раствором заполняют капельницу до половины, затем опускают ее и вытесняют воздух из нижнего отдела трубки, пока раствор не начнет поступать из иглы струей. На трубку перед иглой накладывают зажим.

Перед пункцией кожу обрабатывают спиртом или обезжиривают эфиром. Если имеется абсолютная уверенность в правильно выполненной пункции вены (поступление крови через иглу), систему соединяют с иглой и приступают к введению раствора в вену. В течение нескольких минут наблюдают, не поступает ли жидкость под кожу (при этом может появиться припухлость). Затем иглу фиксируют липким пластырем по направлению вены, а область пункции закрывают стерильной салфеткой. Во время введения раствора надо следить за работой всей системы.

Введение раствора может быть струйным и капельным. К струйным введениям (не более 500 мл жидкости) прибегают при необходимости быстро возместить объем циркулирующей жидкости (массивные кровопотери во время операции, шок или коллапс).

При капельном способе вводимый раствор медленно, по каплям попадает в русло крови; число капель регулируется капельницей. Капельница всегда должна находиться выше нижней канюли, чтобы предотвратить попадание воздуха из капельницы в ток крови. Перед вливанием через всю систему пропускают раствор, затем закрывают приводящую трубку зажимом, вследствие чего в капельнице скапливается некоторое количество жидкости.

Для поддержания температуры жидкости на уровне 40°С на резиновую трубку, подводящую жидкость, кладут грелку с горячей водой и следят, чтобы она не остыла.

Внутривенное капельное вливание проводится длительно, поэтому больного необходимо удобно уложить на спину, конечность фиксировать мягким бинтом и для пункции выбрать вену меньшего калибра, чем локтевая (вены стопы или тыльной поверхности кисти). Емкость с вливаемым раствором помещают на высоте 1 м над уровнем постели и устанавливают винтовой зажим капельницы так, чтобы скорость тока жидкости составляла 50—60 капель в минуту.

Перед началом капельного вливания необходимо тщательно проверить систему, чтобы резиновые трубки не натягивались и в них не было пузырьков воздуха. Для этого вставляют кон-

трольную стеклянную трубку по ходу резиновой трубки. Кожу в месте пункции тщательно обрабатывают спиртом или йодом и вводят иглу, муфту которой хорошо фиксируют лейкопластырем, а сверху накладывают стерильную салфетку.

По окончании введения раствора иглу удаляют из вены и место пункции обрабатывают настойкой йода. Систему разбирают, тщательно моют теплой водой и стерилизуют, иглу кипятят и вставляют в нее мандрен. Все эти принадлежности должны находиться в специальном стерилизаторе, чтобы в любое время можно было их использовать.

Отсутствие необходимого навыка, поспешное введение иглы в просвет сосуда, неправильное наложение жгута, употребление тупой с загнутым острием иглы могут привести к осложнениям. Медицинская сестра перед каждым вливанием должна проверить этикетку и внимательно прочесть ее. Если этикетка на коробке с лекарством отсутствует, а на ампуле нет надписи или она неразборчива, такая ампула к употреблению непригодна.

Во время введения раствора надо следить за правильностью работы всей системы: не промокает ли повязка, не образовался ли инфильтрат или отечность в области введения вследствие поступления жидкости помимо вены, не прекратился ли ток жидкости из-за перегиба трубок системы или закупорки вены. В случае прекращения тока жидкости, если это вызвано тромбированием вены, нельзя повышать давление в системе и пытаться прочистить канюлю, а необходимо переменить место введения, производя новую венепункцию или венесекцию на другой вене. Капельное введение прекращают, когда жидкость перестает поступать в капельницу, чтобы в вену не попал воздух.

При необходимости ввести внутривенно какое-либо лекарственное средство делают прокол иглой трубки после смазывания ее йодной настойкой. Если лекарство нужно вводить медленно, «го вводят в сосуд с раствором для капельного введения.

Медицинская сестра должна следить за состоянием больного (его внешним видом, частотой пульса, дыхания) как во время вливания, так и после его окончания. До начала вливания необходимо выяснить у больного переносимость данного препарата, так как его применение может вызвать аллергическую реакцию. При малейшем ухудшении состояния больного медицинская сестра должна срочно вызвать врача и выполнить все его указания.

Контрольные вопросы и задачи

1. О чем должна помнить медицинская сестра при выписке лекарственных средств?
2. Как правильно хранить лекарственнь(е средства?)

3. в чем заключаются особенности хранения лекарств, настоянных на спирту?
4. Какие существуют способы хранения лекарственных средств?
5. Каковы особенности раздачи лекарств в отделении?
6. Какими способами вводятся лекарственные средства?
7. Как проводится внутреннее (энтеральное) введение лекарств?
8. Какова техника введения ректальных свечей?
9. Какие применяются методы парентерального введения лекарственных средств?
10. Какие существуют виды стерилизации шприцев и игл?
11. Как правильно доставить шприц к постели больного?
12. В чем состоят особенности капельного введения лекарственных веществ?
13. Как монтируется капельница в системе для подкожных и внутривенных вливаний?
14. В чем заключается обработка рук медицинской сестры перед началом подкожных и внутривенных введений?
15. Как разводятся антибиотики?
16. Как собрать систему одноразового применения?
17. Какой инструментарий необходим для венопункции?
18. Больному подкожно ввели лекарство в переднюю поверхность плеча. Какое возникает осложнение и как помочь больному?
19. После внутримышечного введения пенициллина больной побледнел, покрылся холодным липким потом, пульс стал нитевидным. Как называется это состояние и что должна сделать медицинская сестра?
20. После стерилизации шприца и иглы медицинская сестра дотронулась рукой до острия иглы. Что нужно сделать, чтобы предупредить осложнение?
21. При транспортировке стерильного шприца к постели больного сестра прикрыла иглу ватным тампоном. Какие возможны последствия?
22. При разведении пенициллина сестра взяла 2% раствор новокаина. Что при этом произойдет?

Глава XI

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Органы дыхания служат для снабжения организма кислородом и выведения углекислого газа. У здорового человека в течение минуты число дыхательных движений колеблется от 16 до 20, что зависит от возраста, пола, положения тела. Повышение температуры тела, нервное возбуждение, физические нагрузки вызывают увеличение частоты дыхания.

Счет дыханий следует производить незаметно для больного. С этой целью берут руку больного, как бы для определения пульса, а другую руку кладут на грудную клетку больного и подсчитывают число ее движений в минуту. Дыхание должно быть ритмичным, определенной глубины.

При угнетении функции дыхательного центра дыхание урежается. В тяжелых случаях возникает патологическое дыхание типа Чейна — Стокса, Биота и Куссмауля. Дыхание Чейна—Стокса характеризуется периодичностью возникновения дыхательных движений, между которыми имеются паузы с постепенным нарастанием дыхательных движений и последующим угасанием до полной остановки дыхания. Дыхание Биота характеризуется равномерным ритмическим дыханием, прерываемым большими паузами, которые могут длиться до 1 мин. Дыхание Куссмауля характеризуется равномерными редкими дыхательными циклами, шумным вдохом и усиленным выдохом.

Общие симптомы заболеваний органов дыхания

Одышка представляет собой затруднение дыхания, характеризующееся нарушением ритма и силы дыхательных движений. Она сопровождается тягостным ощущением нехватки воздуха, в связи с чем больной дышит глубже и чаще. Одышка является защитно-физиологическим приспособлением, при помощи которого восполняется недостаток кислорода и выделяется накопившийся избыток углекислоты. При одышке нарушается регуляция дыхания, что выражается в изменении его частоты и глубины. Различают учащенное и уреженное дыхание, а также поверхностное и углубленное.

Существуют два вида одышки — инспираторная и экспираторная. Инспираторная одышка характеризуется затяжным вдохом и возникает при рефлекторном спазме голосовой щели. При этом появляется шумный вдох. Экспираторная одышка (затрудненный выдох) возникает при сужении просвета мелких бронхов и бронхиол вследствие спазма бронхиальной мускулатуры и обычно наблюдается при бронхиальной астме.

При появлении одышки у больного медицинская сестра немедленно должна сообщить об этом врачу и принять срочные меры для облегчения дыхания больного: придать ему возвышенное положение, подложив подголовник или несколько подушек под спину либо приподняв верхнюю часть функциональной кровати, освободить больного от тяжелого одеяла и стесняющей одежды, обеспечить максимальный приток свежего воздуха, открыв форточку или окно, а также дать больному кислородную подушку.

Кашель является защитно-рефлекторным актом, направленным на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей

инородных тел, слизи, мокроты при различных заболеваниях верхних дыхательных путей, бронхов и легких. Кашлевой рефлекс способствует отхаркиванию. Кашлевой толчок состоит из внезапного и резкого выдоха при закрытой голосовой щели. Механизм кашля состоит в том, что человек делает глубокий вдох, затем голосовая щель закрывается, все дыхательные мышцы, диафрагма и брюшной пресс напрягаются и давление воздуха в легких повышается. При внезапном открытии голосовой щели воздух вместе с мокротой и другими инородными телами, скопившимися в дыхательных путях, с силой выбрасывается через рот. Содержимое дыхательных путей не поступает через нос, так как во время кашля носовая полость закрывается мягким небом.

По характеру кашель может быть сухой, без отхождения мокроты, и влажный, с отделением мокроты. Кашель значительно отягощает основное заболевание. Сухой кашель характеризуется высоким тембром, вызывает саднение в горле и не сопровождается выделением мокроты. При влажном кашле мокрота выделяется, причем более жидкая легче отхаркивается.

Мокрота — патологические выделения из дыхательных путей при кашле. Появление мокроты всегда свидетельствует о наличии патологического процесса в легких или бронхах. Для оценки мокроты как признака заболевания органов дыхания необходимо учитывать в первую очередь ее количество, консистенцию, цвет, запах и примеси. По характеру мокрота может быть слизистая, серозная, гнойная, смешанная и кровянистая. Наличие кровянистой мокроты или прожилок крови в ней должно настораживать медицинскую сестру. Об этом немедленно необходимо сообщить врачу. При наличии полости в легких у больного выделяется много мокроты.

Для лучшего отхождения мокроты необходимо найти наиболее удобное положение больного — так называемый дренаж положением. При одностороннем процессе это положение на здоровом боку. Дренаж положением проводится 2—3 раза в день по 20—30 мин. Медицинская сестра должна следить, чтобы больной регулярно делал это. Сплевывать мокроту больной должен в плевательницу из темного стекла с завинчивающейся крышкой. Для суточного измерения мокроту из карманной плевательницы переливают в сосуд из светлого прозрачного стекла с крышкой и делениями и хранят в темном прохладном месте.

Для исследования в лабораторию направляют либо утреннюю мокроту, полученную после сна, либо все суточное количество мокроты. Мокроту лучше собирать утром до приема пищи. Больной должен хорошо почистить зубы и прополоскать рот. Выделению мокроты способствуют глубо-

кие вдохи и покашливание. Материал собирают в чистую стеклянную баночку или в специальную стерильную плевательницу, закрытую плотной крышкой. Количество мокроты для обычного анализа должно быть не более 3—5 мл.

При необходимости мокроту посылают на специальное исследование.

Взятие мокроты на опухолевые клетки (атипичные). Свежевыделенную мокроту собирают в плевательницу и сразу направляют в лабораторию, так как аттичные клетки быстро разрушаются.

Взятие мокроты на микобактерии туберкулеза. Производится при подозрении на туберкулез легких методом флотации — мокроту собирают в течение суток в стерильную плевательницу. Если мокроты недостаточно, ее можно собирать в течение 3 сут, сохраняя в прохладном месте (на полу).

Взятие мокроты на чувствительность к антибиотикам. Больной утром должен сделать несколько плевков в стерильную чашку Петри.

На сосуде с мокротой, посылаемой на исследование, должна быть этикетка с указанием фамилии, имени и отчества больного и цели исследования.

Медицинская сестра должна следить, чтобы карманные плевательницы или банки для мокроты всегда были чистыми. Для этого ежедневно нужно хорошо промывать их теплой водой и кипятить в течение 30 мин в 2% растворе гидрокарбоната натрия. На дно плевательницы наливают 5% раствор карболовой кислоты, 2% раствор перманганата калия или 3% раствор хлорамина. При обеззараживании общих плевательниц мокроту заливают дезинфицирующим раствором хлорамина, осветленным раствором хлорной извести, а затем содержимое спускают в канализацию.

В противотуберкулезных медицинских учреждениях мокроту в плевательнице смешивают с опилками или торфом и сжигают в специальных печах.

Появление крови в мокроте в виде прожилок или большого количества алой крови указывает на легочное кровотечение.

Кровохарканье, даже незначительное, опасно, так как оно может перейти в угрожающее жизни больного легочное кровотечение, требующее неотложных мероприятий. Иногда трудно определить характер кровотечения (легочное или желудочное), а для оказания больному срочной помощи требуется немедленное решение этого вопроса.

При легочных кровотечениях кровь появляется при покашливании, имеет алый цвет, пениста, щелочной

реакции, в то время как желудочное кровотечение сопровождается позывами на рвоту, тошнотой, кровь перемешана с пищей, темная, кислой реакции, иногда свернувшаяся. Чтобы исключить кровотечение из десен и носоглотки, необходимо тщательно их осмотреть. Кровянистая жидкость при кровотечениях из десен, миндалин и носоглотки имеет розовато-коричневый цвет, содержит слизь.

В случае любого кровотечения больного надо успокоить, обеспечить ему полный покой. Разговаривать и курить запрещается. В постели следует придать больному возвышенное, сидячее или полусидячее положение, со всех сторон обложить его подушками. Пищу надо давать в холодном виде, полужидкую, легкоусвояемую, содержащую витамины. Питье разрешается только холодное. Если известно, из какого легкого кровотечения, на эту сторону грудной клетки кладут пузырь со льдом. При появлении во время кровохарканья кашля необходимо приостановить его всеми доступными средствами, так как кашель усиливает кровохарканье и ухудшает состояние больного. Необходимо помнить, что при кровохарканье и легочном кровотечении банки, горчичники, грелки на грудную клетку класть строго противопоказано. Если больной не в состоянии самостоятельно прополоскать рот, медицинская сестра должна стерильной салфеткой, намотанной на шпатель, осторожно протереть ему полость рта, чтобы удалить остатки кровянистой мокроты.

Медицинская сестра должна неотлучно находиться у постели больного до полного-прекращения кровохарканья, следить за состоянием сердечно-сосудистой системы: считать пульс, измерять артериальное давление и всегда иметь наготове стерильный шприц с иглами для введения необходимых средств.

Боли в грудной клетке чаще всего являются одним из симптомов заболевания органов дыхания. Обычно эти боли связаны с вовлечением в воспалительный процесс плевры и возникают при воспалении легких и плевритах.

Для плевральных болей характерно появление их во время глубокого вдоха. Чтобы уменьшить боли в грудной клетке, больной должен стараться дышать поверхностно и задерживать кашель. Следует принять вынужденное положение на больном боку, вследствие чего ограничиваются движения плевры и уменьшаются боли.

При появлении болей в грудной клетке медицинская сестра должна постараться облегчить состояние больного. Для этого нужно выбрать наиболее удобное для больного положение, хорошо укрыть его, но назначению врача поставить горчичники, банки или смазать грудную клетку настойкой йода. Если боли

не уменьшаются в результате отвлекающей терапии, больным по назначению врача дают обезболивающие препараты.

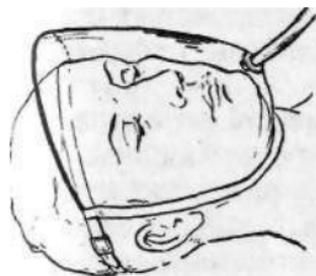
Оксигенотерапия

Оксигено терапия — применение кислорода с лечебной целью. Наиболее эффективна при недостатке кислорода в организме. Вдыхание газовой смеси, содержащей 40—50% кислорода, довольно быстро доводит насыщение артериальной крови до нормы. После кислородотерапии улучшается самочувствие больного, уменьшается синюшность, дыхание становится более редким и глубоким, прекращается одышка, улучшаются сердечная деятельность и сон. Кислород должен подаваться увлажненным и в определенньк соотношениях с атмосферным воздухом. Кислородотерапия должна быть длительной и непрерывной. Кислород нужно использовать рационально и экономно. Избыточного насыщения кислородом следует избегать, так как в высоких концентрациях (свыше 70%) он оказывает отрицательное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхание.

Кислород можно подавать из кислородной подушки, через носовые катетеры, при помощи кислородных палаток, непосредственно из баллона или с центральной кислородной станции (рис. 36).

Ингаляционные методы введения кислорода. Перед применением кислорода надо убедиться в проходимости дыхательных путей, отсутствии скопления в них мокроты или рвотных масс. Для введения кислорода ингаляционным путем необходима следующая аппаратура: баллон с кислородом, снабженный редуктором, кислородная подушка, резиновая трубка с краном и мундштуком. Кислород в подушку набирают таким образом: сняв мундштук, соединяют резиновую трубку с редуктором кислородного баллона, медленно открывают вентиль и газ наполняет подушку. Когда подушка заполняется, вентиль редуктора и кран подушки закрывают, надевают мундштук, который обертывают влажной марлей для увлажнения кислорода и предупреждения сухости во рту. Мундштук нужно держать на расстоянии 4—5 см от рта больного и постепенно открывать клапан на резиновой трубке. Кислород вследствие повышенного давления выходит из подушки и при вдохе попадает в дыхательные пути. Скорость поступления кислорода регулируют краном на трубке и путем надавливания на подушку с ее угла, пока кислород не выделится полностью. Обычно больные хорошо переносят подачу 4—5 л кислорода в минуту. Подушки хватает на 4—7 мин, а затем ее заменяют запасной или вновь наполняют кислородом.

Рис. 36. Оксигенотерапия.
а — лицевая кислородная маска;
б — централизованная подача кислорода.



Увлажнение кислорода при данном способе введения недостаточно, он сушит слизистые оболочки полости рта и носа, поэтому лучше вводить кислород через носовые катетеры.

Подача кислорода через носовые катетеры. Для этой цели применяют катетеры № 10 или пластмассовые трубки соответствующей длины и диаметра, которые надевают на два отведения Y-образного тройника, а третий конец подключают к любому источнику кислорода (кислородная подушка, кран централизованной системы подачи кислорода). Предварительно катетеры кипятят, смазывают вазелиновым маслом и вводят по нижнему носовому ходу до задней стенки глотки, но так, чтобы не вызвать рвотного рефлекса. Кислород через увлажнитель (аппарат Боброва) подают со скоростью 2—3 л/мин.

Скорость подачи можно контролировать по быстроте прохождения пузырьков кислорода через увлажнитель. Слишком быстрая подача кислорода вызывает неприятные ощущения и ведет к излишним потерям газа.

Подача кислорода через маску. Маски бывают металлические и пластмассовые. Их капсулы изогну-

ты так, чтобы при накладывании на лицо они покрывали рот и нос. Маски имеют вдыхательный и выдыхательный клапаны. Тубус вдыхательного клапана присоединяется к дыхательному мешку из тонкой резины, который регулирует подачу кислорода. Во время выдоха кислород накапливается в дыхательном мешке. при вдохе активно засасывается легкими. Дыхательный мешок снабжен клапаном, обеспечивающим свободный вдох в том случае, если объем кислорода в мешке окажется меньше объема вдоха больного.

Введение кислорода с помощью маски может осуществляться по открытой, полузакрытой или закрытой системе. При открытой системе маска неплотно прилежит к лицу больного и вдыхаемая газовая смесь представляет собой обогащенный кислородом атмосферный воздух (около 30% кислорода). Выдох происходит свободно в окружающую среду. При таком способе дозировка кислорода неточная и эффективность наименьшая.

При ингаляции кислорода по полузакрытому методу лишь часть выдыхаемой газовой смеси поступает в окружающую среду. Более экономичное использование кислорода достигается включением в систему смесительной камеры — дыхательного мешка. Во избежание переполнения мешка его снабжают клапаном сброса, через который удаляют избыточный объем дыхательных газов. Маска надевается на лицо больного плотно, чтобы не было утечки газа, и удерживается резиновыми лямками. Дыхание происходит чистым кислородом с возвращением в камеру около $7/3$ выдыхаемого воздуха. Увлажнение кислорода при этой системе может не производиться. Время от времени необходимо опорожнять дыхательную камеру от конденсированных водяных паров. К недостаткам этого метода относятся возможное увеличение концентрации углекислоты во вдыхаемой смеси, дополнительное сопротивление дыханию, создаваемое действием клапана и дыхательного мешка, что нежелательно при заболеваниях легких и сердца. Избыточного скопления углекислоты можно избежать, применяя поток кислорода не менее 8 л/мин. Включение в эту систему расходомера (дебитометр) позволяет достаточно точно контролировать поступление кислорода, что значительно облегчает кислородотерапию.

Подача кислорода из баллона. Применение кислорода непосредственно из баллона значительно облегчает процедуру и позволяет проводить кислородотерапию непрерывно в течение длительного времени. Баллоны с медицинским кислородом имеют емкость 40 л и содержат газообразный кислород под давлением 150 атм. Ввиду того что кислород может применяться под давлением не более 2—3 атм, к баллону при-

соединяют специальный прибор — редуктор для понижения давления. Редуктор имеет две камеры и два манометра, из которых ближайший к баллону показывает давление в нем. По этому манометру судят о количестве кислорода в баллоне. Второй манометр, соединенный с камерой низкого давления, показывает давление кислорода, подаваемого больному. Оно устанавливается регулирующим винтом в пределах 1—2 атм. Наиболее удобна подача кислорода в палаты по централизованной системе.

При пользовании кислородным баллоном необходимо помнить, что сжатый газообразный кислород при соприкосновении с маслами, жирами, нефтью активно вступает с ними в соединения, вызывая воспламенение и взрыв. Курить в помещении, где хранятся баллоны, категорически запрещается! Не разрешается хранить промасленную ветошь в одном помещении с кислородными баллонами. У лиц, имеющих доступ к кислородным установкам, руки, одежда, инструменты не должны быть испачканы жиром и красками. Баллон следует предохранять от толчков и ударов. Хранят его в вертикальном положении, — прикрепив к стенке в прохладном месте. При открытии вентиля баллона не рекомендуется становиться лицом к нему, так как попадание сильной струи кислорода на слизистую оболочку глаз может вызвать ожог и повредить зрение. В противопожарных целях в каждом помещении, где имеются кислородные баллоны, должны быть огнетушители для избежания несчастных случаев.

В настоящее время в типовых проектах больниц предусмотрена централизованная подача кислорода и закиси азота. Кислород подводится непосредственно к постели больного, а медицинский персонал освобожден от наблюдения за содержанием баллонов, их транспортировки и замены. Уменьшаются потери газов.

Отечественная промышленность выпускает два типа станций для централизованной подачи газов: станции с автоматическим управлением и станции с ручным управлением (КСС-2).

В ряде больниц имеется более современная система подачи газов. Стационарные установки состоят из ряда больших кислородных баллонов, выкрашенных в синий цвет и имеющих метку «М», так как пользоваться можно только медицинским кислородом. Они хранятся в отдельно стоящем здании или в металлическом шкафу, установленном с наружной стороны (в простенке) здания больницы, в защищенном от прямых солнечных лучей месте и надежно прикреплены железной скобой к стене.

в больницах, не имеющих централизованной подачи кислорода, баллоны устанавливают в коридорах, подвалах, палатах. При этом возникают трудности в соблюдении противопожарных правил и техники безопасности.

Общий уход за больными при заболеваниях органов дыхания

Больные с заболеваниями органов дыхания должны находиться в светлых, просторных, хорошо вентилируемых палатах. Медицинская сестра обязана следить, чтобы младший медицинский персонал ежедневно производил влажную уборку палат. Кровать должна быть удобной, с немного приподнятым головным концом.

Желательно, чтобы в палату была подведена централизованная подача кислорода, а при отсутствии ее медицинская сестра должна обеспечить пост достаточным количеством кислородных подушек. Медицинская сестра обязана следить за состоянием кожи больных и принимать меры для профилактики пролежней. Очень важно, чтобы у больного был хороший аппетит, чему способствуют красивая сервировка, любимые блюда небольшими порциями и т. д. Больные, которым назначены сульфаниламидные препараты (этазол, сульфадиметоксин и др.), должны получать их регулярно, через определенные промежутки времени. Медицинская сестра по указанию врача будит для этого больного и в ночное время.

В особом уходе нуждаются больные с легочным кровотечением. Медицинская сестра должна внимательно следить за их общим состоянием, частотой пульса, уровнем артериального давления, своевременно и точно выполнять все назначения врача. Большое внимание необходимо уделять больным с бронхиальной астмой, у которых спазм бронхов может привести к удушью. При этом больные задыхаются, синеют, мечутся, стараются облегчить свое состояние. Медицинская сестра, оказывая первую доврачебную помощь, должна удобно усадить больного в постели с приподнятым изголовьем, обеспечить приток в палату свежего воздуха, не переохлаждая больного, давать дышать кислородом. Хороший эффект дают установка банок, горчичников на грудную клетку, а также горчичные ножные ванны.

При наличии кашля медицинская сестра строго выполняет назначения врача, дает теплое молоко со щепоткой гидрокарбоната натрия, отхаркивающую микстуру, хорошо укрывает больного, оберегая его от переохлаждения. Больным, у которых выделяется большое количество мокроты, дают карманную пле-

вательницу с хорошо привинчивающейся пробкой. Сплевывать мокроту в носовой платок, а тем более на пол не разрешается во избежание инфицирования остальных больных. Плевательницу ежедневно опорожняют, хорошо промывают, а в некоторых случаях кипятят. Для дезинфекции мокроты на дно плевательницы наливают небольшое количество 0,5% раствора хлорамина.

Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются лихорадкой и ознобом. При этом необходимо согреть больного, обложить его грелками, хорошо укутать, напоить горячим сладким крепким чаем. При значительном повышении температуры тела на голову можно положить пузырь со льдом. Снижение температуры нередко сопровождается обильным потоотделением. В таких случаях больного следует вытереть сухим полотенцем и сменить белье. Очень важно, чтобы он ни одной минуты не находился в мокром белье. Медицинская сестра должна следить за пульсом, артериальным давлением, дыханием больного и при малейшем ухудшении в состоянии больного срочно вызвать врача.

Организация работы недицинской сестры пульмонологического отделения

В связи с тем что пульмонология выделилась в самостоятельную область клинической медицины, в многопрофильных больницах организованы пульмонологические (легочные) отделения. Работа медицинской сестры в них отличается некоторой спецификой. В этих отделениях находятся больные как с хроническими заболеваниями легких, так и с острыми, т. е. выделяющие с кашлем и мокротой возбудителей болезней. Для профилактики вспышек внутрибольничной инфекции медицинская сестра должна проводить ряд следующих санитарно-гигиенических мероприятий:

1) следить, чтобы каждый больной обязательно имел собственную плевательницу с закручивающейся крышкой. Плевательницу необходимо часто дезинфицировать и содержать в чистоте;

2) часто проветривать палаты и лечебные кабинеты, где скапливается много больных;

3) следить, чтобы ежедневно производилась трехразовая влажная уборка помещений с одним из дезинфицирующих растворов;

4) строго выполнять назначения врача, давать лекарство своевременно, в положенные часы, даже ночью будить больных. Для проведения лечения;

5) следить за своевременным проведением лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики и дренажа бронхов специальным положением в постели;

6) уметь правильно подготовить больного к эндоскопическому исследованию;

7) следить за своевременным посещением больными лечебных кабинетов (ингаляторий, аэрозоль- и аэроионозоль, ЛФК, кабинет интенсивной терапии астматического состояния);

8) осуществлять индивидуальный подход к лечению ряда сложных заболеваний,

Контрольные вопросы и задачи

1. Каковы общие симптомы при заболеваниях органов дыхания?
2. В чем заключается неотложная помощь при кровохарканье?
3. В чем особенности ухода за больными с кашлем, болями в грудной клетке?
4. Как следует хранить баллоны с медицинским кислородом?
5. Как правильно наполнить кислородную подушку из баллона и подать ее больному? Какие правила техники безопасности при этом следует соблюдать?
6. Что такое централизованная подача кислорода?
7. В чем заключается общий уход за больными при заболеваниях органов дыхания?
8. Какова техника взятия мокроты для лабораторного исследования?
9. Как оказать помощь больному во время одышки, удушья и в случае приступа бронхиальной астмы?
10. Каковы показания к применению оксигенотерапии?
11. Как подсчитать число дыхательных движений?
12. У больного при покашливании появилась мокрота алого цвета. О чем это свидетельствует и какова тактика медицинской сестры?
13. Больной дышит, прерывисто, с большими паузами (до 1 мин). Как называется такое дыхание?
14. У больного одышка с затрудненным выдохом, цианоз губ, при дыхании слышны хрипы. Что это такое и какая неотложная помощь необходима при этом состоянии?

Г глава XI

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Заболевания сердца и кровеносных сосудов нередко приводят к внезапной смерти, поэтому роль медицинской сестры в уходе за такими больными очень велика и ответственна.

Определение пульса

Пульсом называются толчкообразные колебания стенок сосудов, вызванные движением крови, выбрасываемой сердцем, ритмично выбрасываемая в аорту левым желудочком кровь создает колебания внутри артериального русла и приводит к эластичному растяжению и спадению стенок артерий. Свойства пульса определяются его частотой, ритмом, напряжением и наполнением. Частота пульса в норме колеблется от 60 до 80 в минуту, но может варьировать в широких пределах в зависимости от возраста, пола, температуры тела и окружающей среды, а также от физического напряжения. Наиболее частый пульс отмечается во внутриутробном периоде развития и в первые годы жизни. В возрасте от 25 до 60 лет пульс остается стабильным. У женщин пульс чаще, чем у мужчин. Чем интенсивнее мышечная работа, тем чаще пульс.

Исследуют пульс в местах, где артерии расположены поверхностно и доступны непосредственной пальпации. Общепринятое место прощупывания пульса — лучевая артерия. Можно прощупать пульс на височных, а также на сонной и бедренной артериях. Основным способом определения пульса является пальпация, которая производится обычно на ладонной поверхности предплечья у основания I пальца (на лучевой артерии). Рука больного должна лежать свободно, чтобы напряжение мышц и сухожилий не мешало пальпации. Определять пульс на лучевой артерии надо обязательно на обеих руках и только при отсутствии разницы можно ограничиться в дальнейшем определением его на одной руке. Кисть больного свободно захватывают правой рукой в области лучезапястного сустава. При этом I палец располагают с локтевой стороны, а II, III и IV — с лучевой, непосредственно на лучевой артерии. В норме получается ощущение мягкой и упругой пульсации под пальцем. IV палец исследующего должен находиться против V пальца больного. Нашупав пульсирующую артерию тремя пальцами, с умеренной силой прижимают ее к внутренней стороне лучевой кости. Не следует сильно прижимать артерию, так как под давлением пульсовая волна может исчезнуть. Если пульс на лучевой артерии почему-либо не прощупывается, определяют пульс на височной или сонной артерии (рис. 37).

Учащение пульса называется тахикардией, урежение — брадикардией. Как при тахикардии, так и при брадикардии необходимо внимательно наблюдать за больным во избежание всевозможных осложнений.

Подсчет пульсовых ударов должен производиться не менее чем 30 с; при этом полученную цифру умножают на 2. При арит-



Рис. 37. Определение пульса.
 — на лучевой артерии; б — на височной;
 в — на сонной.



мичном пульсе подсчет проводят в течение 1 мин. В случаях, когда отдельные сокращения левого желудочка настолько слабы, что пульсовые волны не доходят до периферии, возникает дефицит пульса (разница между частотой периферического пульса и сердечных сокращений). При этом пульс должны считать два человека: пульс на лучевой артерии и число сердечных сокращений. Если пульсовые толчки следует один за другим через одинаковые промежутки времени, говорят о правильном ритме, или ритмичном пульсе. В противном случае наблюдается неправильный, аритмичный пульс. У здоровых людей часто отмечается учащение пульса на вдохе и его урежение на выдохе — дыхательная аритмия, обусловленная изменением тонуса блуждающего нерва; наиболее часто это возникает в детском и юношеском возрасте. Более точно виды аритмий определяются методом электрокардиографии.

Скорость пульса определяется характером подъема и снижения пульсовой волны.

Напряжение пульса определяется силой, необходимой для полного прекращения распространения пульсовой волны. По степени напряжения пульса можно приблизительно судить о величине максимального артериального давления — чем оно выше, тем пульс напряженнее.

Наполнение пульса определяется количеством крови, образующим пульсовую волну, и зависит от систолического объема сердца. При хорошем наполнении можно нащупать под пальцем высокую пульсовую волну, а при плохом — пульс слабый, пульсовые волны малы, плохо различимы. Это может указывать на ослабление работы сердечной мышцы. Особенно плохим признаком является едва ощутимый пульс, называемый нитевидным. Медицинская сестра, обнаружив у больного нитевидный пульс, должна срочно сообщить об этом врачу.

Пальпаторное определение пульса при внимании и соответствующем навыке дает ценные результаты, но остается в значительной степени субъективным. В последние годы для длительного и непрерывного исследования пульса применяются специальные аппараты — пульсотаксометры, мониторы, которые считают и записывают пульс, что очень важно во время длительных операций.

Данные о пульсе отмечаются в температурном листе. Изменение температуры влечет за собой и изменение пульса, поэтому графическая запись данных о пульсе имеет определенное значение.

Определение артериального давления

Артериальное давление — давление крови на стенки сосудов во время систолы и диастолы. Его измеряют с целью оценки состояния сердечно-сосудистой системы как у здоровых лиц, так и у больных. Артериальное давление зависит от величины сердечного выброса, общего периферического сосудистого сопротивления кровотоку, от эластичности сосудистых стенок. Различают артериальное давление систолическое (максимальное), диастолическое (минимальное) и пульсовое.

Систолическое давление — давление в момент максимального подъема пульсовой волны, возникающей в артериальной системе вслед за систолой левого желудочка. **Диастолическое давление** — давление к концу диастолы сердца, во время спадения пульсовой волны. Разница между величинами систолического и диастолического давления называется **Пульсовым давлением**.

Измерение артериального давления является важным диагностическим методом, применяемым при заболеваниях сердеч-

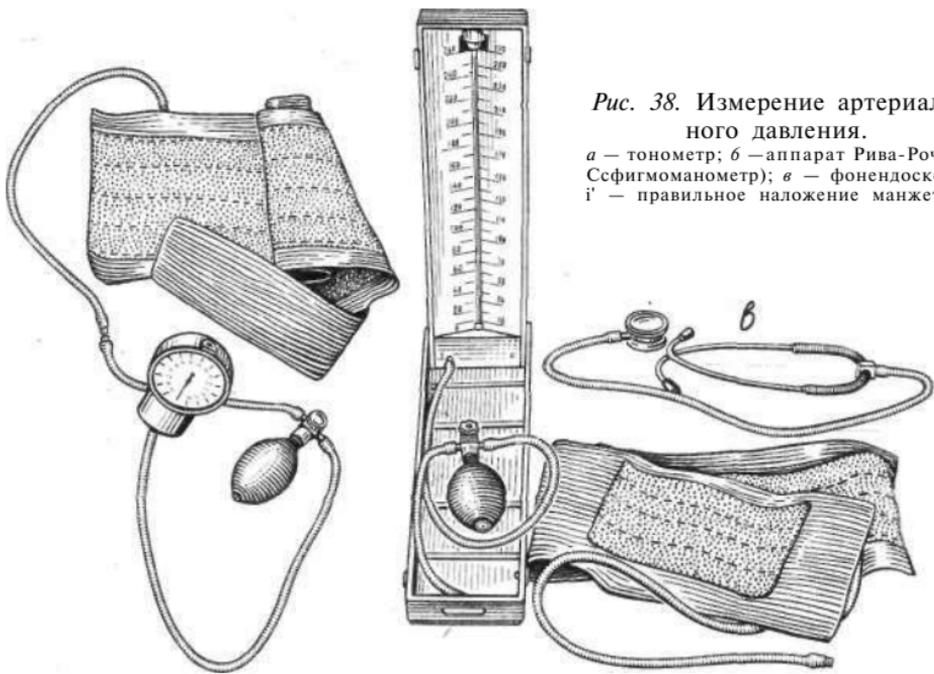


Рис. 38. Измерение артериального давления.

a — тонометр; *б* — аппарат Рива-Роччи (Сфигмоманометр); *в* — фонендоскоп; *и'* — правильное наложение манжеты.



но-сосу диетой и дыхательной систем. Нормальные величины артериального давления колеблются в определенных пределах в зависимости от ряда причин, особенно от возраста, состояния нервной системы, времени суток и т. д. Систолическое давление колеблется от 120 до 140 мм рт. ст., диастолическое — от 70 до 90 мм рт. ст. Утром артериальное давление ниже на 5—10 мм рт. ст.

Для измерения артериального давления применяются разные приборы (рис. 38). Ртутный сфигмоманометр (Рива-Роччи) состоит из манометра, манжеты, груши-баллона и системы резиновых трубок, соединяющих между собой части

прибора. Манометр, вмонтированный в крышку прибора, представляет собой стеклянную трубку, нижний конец которой спаян со стеклянным резервуаром для ртути емкостью 15—20 мл. К манометру присоединена шкала с миллиметровыми делениями (от 0 до 250 мм). Уровень ртути в стеклянной трубке устанавливается на 0. Манжета — полый резиновый мешок шириной 12—14 см и длиной 30—50 см. На мешок надет чехол из плотной ткани, предназначенный для того, чтобы при накачивании воздуха в резиновый мешок он не растягивался, а сдавливал бы только плечо обследуемого. Нагнетается воздух с помощью толстостенного резинового баллона с клапаном, допускающим приток воздуха извне и препятствующим его выхождению наружу. От резервуара для ртути к груше-баллону и манжете отходят соединительные резиновые трубки.

Аппараты с пружинным манометром получили название **тонометров**. Артериальное давление измеряется силой сопротивления пружины, которая передается стрелкам, движущимся по циферблату с миллиметровыми делениями.

Артериальное давление измеряют непрямым методом (Короткова), основанным на постепенном снижении давления воздуха в манжете и регистрации величины этого давления в моменты появления и исчезновения тонов Короткова. Измерять артериальное давление нужно в определенные часы, лучше утром, до обеда, в определенном положении тела, по возможности при одинаковой средней температуре воздуха и нормальном атмосферном давлении. Если больной утомлен или возбужден, измерять давление не следует.

Техника измерения артериального давления на плечевой артерии. Во время измерения артериального давления обследуемый должен спокойно сидеть или лежать, не разговаривать и не следить за ходом измерения. На обнаженное плечо руки больного на 2—3 см выше локтевого сгиба накладывают манжету и закрепляют ее так, чтобы между манжетой и кожей проходил только один палец. Рука должна располагаться удобно, ладонью вверх. В локтевом сгибе над областью пульсации лучевой артерии прикладывают фонендоскоп. Затем постепенно нагнетают баллоном воздух, который поступает одновременно и в манжету, и в манометр. Под давлением воздуха ртуть в манометре поднимается в стеклянную трубку. Цифры на шкале показывают давление воздуха в манжете, т. е. силу, с которой сдавлена через мягкие ткани артерия плеча.

При нагнетании воздуха требуется особая осторожность, так как под сильным давлением ртуть может быть выброшена

из трубки. Постепенно накачивая воздух в манжету, фиксируют момент, когда исчезнет звук. Затем начинают постепенно снижать давление в манжете, приоткрыв вентиль у баллона. В тот момент, когда противодействие в манжете достигает величины систолического давления, выслушивается короткий довольно громкий звук — тон. Цифры на уровне столбика ртути в этот момент показывают систолическое давление. При дальнейшем снижении давления в манжете тоны при выслушивании постепенно ослабевают и исчезают. Давление в манжете в момент исчезновения тонов соответствует диастолическому давлению. Цифры на манометре указывают минимальное давление.

При наличии у больного пониженного давления, чтобы не травмировать сосуды и получить более точные показатели артериального давления, нужно нагнетать воздух в манжету постепенно. Первое появление тонов указывает на диастолическое давление. При повышении давления в манжете в момент исчезновения тонов цифры на манометре будут соответствовать систолическому давлению.

Таким образом можно дважды проверить правильность измерения.

Пружинные манометры удобны в обращении, но пружины быстро ослабевают и точность измерения артериального давления снижается.

Артериальное давление можно измерить осцилляционным методом, который заключается в наблюдении за колебаниями стрелки пружинного манометра. В манжету нагнетают воздух до полного сдавления плечевой артерии. Затем, открыв вентиль, воздух начинают постепенно выпускать и первые порции крови, попадая в артерию, дают осцилляции, т. е. колебания стрелки, указывающие на систолическое артериальное давление. Колебания стрелки манометра сначала усиливаются, а затем постепенно уменьшаются, что соответствует минимальному давлению.

Общий уход за больными при заболеваниях органов кровообращения

Основная задача ухода за больными с сердечно-сосудистыми расстройствами — облегчить работу сердца. Большое значение при этом имеет физический покой. При легкой степени сердечной недостаточности для восстановления сердечной деятельности вполне достаточно строгого соблюдения постельного режима. Поэтому медицинская сестра обязана следить, чтобы больные не вставали с постели. Все физиологические отправле-

ния должны выполняться в палате, подкладные судна и «утки» подаются в постель. Больных умывают, причесывают и проводят все мероприятия по личной гигиене.

При тяжелой сердечной недостаточности больному необходимо создать в постели удобное положение, под спину и под голову положить несколько подушек или поднять подголовник. Можно посадить больного в мягкое, удобное кресло или поперек кровати, подложив под спину достаточное количество подушек, а под ноги подставив небольшую скамеечку. Необходимо помнить, что длительный постельный режим чреват образованием пролежней, поэтому под крестец больного кладут резиновый круг, покрытый сверху простыней. Постель должна быть удобной, мягкой. За кожей должен быть обеспечен тщательный уход, так как вследствие отеков она истончается, становится сухой, легко возникают трещины, через которые просачивается отечная жидкость и создаются благоприятные условия для инфицирования кожи. Если больной не может самостоятельно умываться, ежедневно утром и на ночь следует обтирать ему кожу ватой или полотенцем, смоченным водой или каким-либо дезинфицирующим раствором (камфорный спирт, водка, одеколон и др.). Купание больного в ванне производится только с разрешения врача.

Медицинская сестра должна следить за регулярным опорожнением кишечника у больного и по назначению врача ставить очистительную клизму. После дефекации больного следует подмыть.

В палате и прилегающем коридоре должна быть абсолютная тишина. Больного необходимо оградить от волнений, неприятных известий, утомительных разговоров. Палату нужно часто проветривать. Большое значение имеет достаточное снабжение организма больного кислородом, так как при заболеваниях сердца наблюдается кислородное голодание. Способ введения кислорода назначает врач.

В комплексной терапии большую роль играет лечебное питание. Пищевой рацион строится таким образом, чтобы увеличить диурез путем назначения щадящих диет с ограничением жидкости, поваренной соли и некоторым ограничением белков и жиров (стол № 10 и 10а). Применяются также разгрузочные дни (яблочные, творожные, молочные и др.). Малокалорийные и неполноценные по белковому составу диеты назначают только на короткий срок. Пищу надо давать небольшими порциями 5—6 раз в день. Последний прием пищи должен быть не позже чем за 3 ч до сна. В пищевой рацион включают нежирное мясо и достаточное количество углеводов (сахар, варенье, кисели), фрукты, витамины группы В и С.

Чтобы обеспечить хороший сон больного, надо придать ему удобное положение в постели, обеспечить приток в палату свежего воздуха, следить за соблюдением тишины. При упорной бессоннице дают снотворные по назначению врача.

Организация работы медицинской сестры кардиологического отделения

Неотъемлемой функциональной частью специализированного кардиологического отделения является **отделение интенсивной терапии**. Сюда направляют больных, находящихся в критическом состоянии, минуя приемное отделение. Очень важно помнить о необходимости обеспечить максимально быстрое поступление таких больных.

В отделении интенсивной терапии должна быть налажена быстрая и удобная связь с вспомогательными диагностическими службами и лабораториями. В связи с тем что в данном отделении имеется многочисленная аппаратура для оказания неотложной помощи (система прикроватных мониторов, дефибриллятор и др.), медицинская сестра должна уделять максимум внимания правильному расположению оборудования, наиболее удобной организации рабочего места. Важно, чтобы доступ к койке больного был свободным со всех сторон и вся аппаратура находилась в состоянии полной готовности к работе. Поэтому медицинская сестра при вступлении на дежурство обязана проверить работу всей аппаратуры, наличие необходимых лекарств, стерильного материала, кислорода в системе централизованной подачи и в баллонах.

Медицинская сестра в палатах интенсивной терапии должна обслуживать не более 3 больных, поэтому в отделении работают одновременно 2—3 сестры. Каждая из них должна четко знать свои обязанности. Одна следит за показателями на мониторе (контроль за ритмом сердца), фиксирует изменения в состоянии больных на специальных бланках, другая производит инъекции и различные манипуляции. Контроль за состоянием больного является одной из наиболее важных и ответственных функций медицинской сестры специализированного отделения.

В связи с тем что в последние годы увеличилась заболеваемость инфарктом миокарда, в многопрофильных больницах открыты кардиологические отделения для больных с инфарктом с блоком интенсивной терапии. Работа в этих отделениях имеет некоторые особенности, которые предъявляют к медицинскому персоналу ряд специальных требований. Во-первых,

персонал должен быть квалифицированным, владеть техникой многих манипуляций, знать основы электрокардиографической диагностики. Палаты для больных с инфарктом оснащены функциональными кроватями, установками для подачи кислорода, наркозным аппаратом, электрокардиографом, мониторами, шкафчиком с необходимыми медикаментами и инструментарием, т. е. всем необходимым для оказания неотложной медицинской помощи, не выходя из палаты. Больной нуждается в неослабном постоянном врачебном и сестринском наблюдении и уходе.

Медицинская сестра наблюдает за общим состоянием больного, частотой пульса и дыхания, уровнем артериального давления. Больному назначают строгий постельный режим и медицинская сестра должна следить за тем, чтобы он неукоснительно выполнялся.

Ввиду вынужденной полной неподвижности этих больных необходимо обеспечить им максимально удобное положение в постели, следить, чтобы на простыне не было складок, крошек, а на матрасе вмятин. Нужно проводить постоянную профилактику пролежней, следить за регулярным опорожнением кишечника. Больному по назначению врача дают слабительное или ставят небольшую гипертоническую или масляную клизму. Дефекация и мочеиспускание производятся в подкладное судно в постели; после каждого акта дефекации больного необходимо подмывать. Кормить и поить больного медицинская сестра должна сама. Очень осторожно надо менять постельное и нательное белье; рубашка должна быть в виде распашонки и надевает ее медицинская сестра с помощью младшей медицинской сестры без малейшего физического напряжения со стороны больного.

В этих палатах устанавливается система дистанционного наблюдения, куда входит аппаратура непрерывного контроля за состоянием жизненно важных функций, обеспечивающая контроль за состоянием четырех больных посредством измерения и регистрации семи физиологических параметров: ЭКГ, сердечный ритм, частота дыхания, температура тела, артериальное давление, частота сердечных сокращений, пульс. Эта аппаратура снабжена компьютерами, которые проводят логический анализ этой информации, отбирая показатели, обеспечивающие эффективный контроль, своевременно оповещая персонал сигналом тревоги о грозящих или начинающихся неблагоприятных изменениях.

Специализированные кардиологические отделения снабжены телевизионными установками, где использованы различные типы устройства для односторонней телевизионной связи. От-

деления имеют сигнализацию для экстренного вызова медицинского персонала по системе больной — медицинская сестра, медицинская сестра — врач. Работающие в таких отделениях медицинские сестры должны быть высококвалифицированными и очень внимательными, чтобы вовремя заметить ухудшения в состоянии больного.

Контрольные вопросы и задачи

1. Какие симптомы возникают у больных при заболеваниях органов кровообращения?
2. Как определить пульс?
3. Как определить артериальное давление?
4. Какие неотложные мероприятия необходимы при одышке, удушье, стенокардии, инфаркте миокарда?
5. Каковы симптомы обморока, шока, коллапса и какая неотложная помощь должна быть оказана?
6. В чем состоит общий уход за больными с заболеваниями органов кровообращения?
7. При взвешивании больного через неделю после поступления в стационар отмечено увеличение массы тела. О чем это свидетельствует?
8. Больной жалуется на резкие боли в области сердца, внезапно побледнел, пульс нитевидный, артериальное давление резко снижено. Что произошло с больным и какие мероприятия должна провести сестра до прихода врача?
9. При виде крови больной побледнел и потерял сознание. Что должна сделать медицинская сестра?
10. В отделение поступила больная с одышкой и затрудненным вдохом, цианозом губ, отеками конечностей. Какое положение больной в постели должна создать медицинская сестра?

Г глава XIII

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Органы пищеварения предназначены для размельчения и расщепления поступающих в организм сложных пищевых веществ на простые химические соединения, способные ассимилироваться, передвижения пищевого комка по пищеварительному тракту, всасывания переваренной пищи и выведения из организма шлаков.

Рвота — сложный рефлекторный акт, обусловленный возбуждением рвотного центра и сопровождающийся произвольным выбрасыванием содержимого желудка через пищевод, глотку, рот, иногда носовые ходы.

Рвота может быть следствием заболеваний желудочно-кишечного тракта, раздражения корня языка и мягкого неба — так называемая периферическая рвота. Рвота также может возникать при повышении внутричерепного давления (опухоли мозга, гипертоническая болезнь и др.) — так называемая центральная рвота. Характерное различие между центральной и периферической рвотой в том, что периферическая, или желудочная, рвота начинается, как правило, после тошноты, слюнотечения, в рвотных массах обнаруживаются остатки непереваренной пищи с кислым запахом. После опорожнения желудка состояние больного значительно облегчается. Центральная рвота начинается без предвестников, внезапно, и не облегчает состояния больного.

Рвота начинается обычно с ощущения слабости, головокружения, побледнения лица, а затем уже происходит рвота. Глубокий вдох, сильное сокращение брюшных мышц и резкое опускание диафрагмы при закрытии привратника желудка вызывают выдавливание пищи из желудка через пищевод в ротовую полость и наружу. При этом опускается надгортанник, поднимается гортань и закрывается голосовая щель, что предотвращает попадание рвотных масс в дыхательные пути. К пищевым массам при сильной рвоте присоединяется желчь из двенадцатиперстной кишки, куда она усиленно поступает вследствие сдавливания желчного пузыря и желчных ходов.

В некоторых случаях, когда необходимо вызвать рвоту, используют рефлекторное воздействие, раздражая шпателем корень языка.

Рвотные массы содержат остатки непереваренной пищи и имеют кислый запах. При рвоте натошак к рвотным массам присоединяется желчь и окрашивает их в желтоватый или желтовато-зеленый цвет. Примесь свежей крови из полости рта, верхних отделов пищевода окрашивает рвотные массы в розовый цвет. При кровотечении из желудка кровь под влиянием соляной кислоты желудочного сока изменяет цвет, и рвотные массы приобретают бурую, почти черную, окраску (цвет кофейной гущи).

Медицинская сестра должна оставить рвотные массы до прихода врача, а затем направить их в лабораторию в чистой градуированной банке с широким горлом и крышкой, указав на этикетке необходимые сведения о больном и цель исследования. Если невозможно отправить рвотные массы в лабораторию немедленно, нужно хранить их в прохладном месте. Если у больного в течение суток рвота повторяется несколько раз, следует собирать рвотные массы каждый раз в отдельную посуду, так



Рис. 39. Уход за больным при рвоте.

а — положение больного лежа; *б* — положение больного сидя.

как качественное и количественное их различие может иметь диагностическое значение.

Уход за больным (рис. 39). Задача медицинской сестры — максимально облегчить состояние больного при рвоте: удобно усадить его, закрыть грудь полотенцем или клеенкой, поднести ко рту чистый лоток, тазик или подставить ведро. Зубные протезы нужно вынуть. Если больной ослаблен или ему не разрешается сидеть, необходимо придать ему такое положение, при котором облегчается рвотный акт: повернуть голову набок так, чтобы она была немного ниже туловища, и поднести к углу рта большой лоток с той стороны, на которой больной лежит. Чтобы предохранить от загрязнения подушку и белье можно подложить полотенце, сложенное в несколько раз, или простынку. Во время рвоты медицинская сестра должна неотлучно находиться около больного. О появлении рвоты у больного необходимо сразу же сообщить врачу.

После рвоты больному надо дать прополоскать рот теплой водой и вытереть ему губы и углы рта. Ослабленным больным

каждый раз после рвоты нужно протирать полость рта ватой, смоченной водой или каким-либо дезинфицирующим раствором (раствор борной кислоты, слабый раствор перманганата калия, 2% раствор гидрокарбоната натрия и др.). Для прекращения рвоты больному можно дать несколько мятных капель, глоток остуженной воды, кусочек льда, 5 мл 0,5% раствора новокаина.

Рвота цвета кофейной гущи указывает на желудочное кровотечение. Кровавая рвота сопровождается резким побледнением лица, холодным липким потом, снижением артериального давления и нитевидным пульсом. Она является грозным симптомом и требует проведения неотложных мероприятий. Медицинская сестра срочно вызывает врача и оказывает больному доврачебную помощь.

Больной с желудочным кровотечением должен быть немедленно уложен в постель в горизонтальном положении. На область желудка кладут пузырь со льдом, который по мере таяния меняют. Медицинская сестра должна успокоить больного, обеспечить ему полный покой, не оставлять одного до прихода врача, выполнять все назначения спокойно, без суеты. В первые сутки после кровотечения кормить и поить больного не следует. В дальнейшем пища должна быть полужидкая, холодная или слегка подогретая.

Осмотр полости рта

Осмотр полости рта имеет большое практическое и диагностическое значение. Начинают его с губ и щек. Чтобы осмотреть губы и щеки с внутренней стороны, их надо оттянуть пальцами, шпателем или специальным крючком. Десны и зубы осматривают с наружной и внутренней сторон, применяя ротовой рефлектор, прикрепленный к длинной ручке. Для осмотра языка нужно предложить больному широко открыть рот и высунуть язык. Вначале осматривают поверхность языка до самого корня, затем, придерживая язык шпателем, нижнюю и боковые стороны. Язык удобнее осматривать окончатым шпателем, так как он меньше скользит по поверхности.

Для осмотра зева и глотки необходимо отдавить язык книзу и кзади так, чтобы он не высывался за край зубов, причем конец шпателя нужно поместить не глубже чем на среднюю треть языка. Голова и шея больного должна располагаться прямо по средней линии. Лучшему осмотру глотки способствуют глубокое дыхание и отвлечение внимания больного. Если корень языка загораживает глотку, то язык осторожно отодвигают книзу в средней части, чтобы не вызвать рвотного рефлекса.

Для осмотра миндалин нужно оттянуть переднюю дужку зева и нажать на корень языка.

Иногда на миндалинах, стенках полости рта и глотки образуются налеты, которые должны быть сняты и направлены в лабораторию для исследования. Эффект его зависит от техники взятия материала для посева. Для исследования флоры полости рта и миндалин, особенно при подозрении на дифтерию, необходимо взять мазок из зева и носа.

Взятие мазка из зева и носа. Для исследования микробной флоры в полости рта и носа, а также при подозрении на дифтерию необходимо взять мазок из зева и носа. Для этого берут стерильные пробирки, специально приготовленные в бактериологической лаборатории. В пробирке находится тонкая проволока, продетая в пробку, на конце которой накручен ватный тампон. Для взятия мазка больного удобно усаживают лицом к источнику света или освещают ротовую полость лобным рефлектором. Затем больному предлагают широко открыть рот, и медицинская сестра левой рукой придавливает шпателем корень языка книзу. Тампоном снимают слизь с миндалин, задней стенки глотки и дужек. Надо следить, чтобы тампон не соприкасался со слизистой оболочкой щек, языка и наружной стенки пробирки. Край пробирки следует провести над пламенем, осторожно вставить в нее тампон и немедленно отправить в лабораторию. К наружной стороне пробирки приклеивают этикетку, где указывают фамилию, имя, отчество больного и цель исследования.

Для взятия мазка из носа вводят тампон в носовой ход, затем осторожно извлекают, чтобы не притронуться к коже носа, и погружают в пробирку, избегая соприкосновения тампона с наружной ее поверхностью.

Зондирование желудка

Зондирование желудка применяется для его промывания, получения желудочного сока и искусственного питания. Зондируют желудок толстым или гонким зондом. После введения толстого зонда содержимое желудка вытекает через его наружный конец. После введения тонкого зонда содержимое желудка извлекают путем отсасывания. Зондирование тонким зондом применяют с целью динамического наблюдения за секреторной функцией желудка или длительного отсасывания его содержимого, а иногда для питания больного. Тонкий зонд можно вводить не только через рот, но и через носовые ходы; при этом способе введения меньше раздражается мягкое небо и больной не испытывает позывов на рвоту.

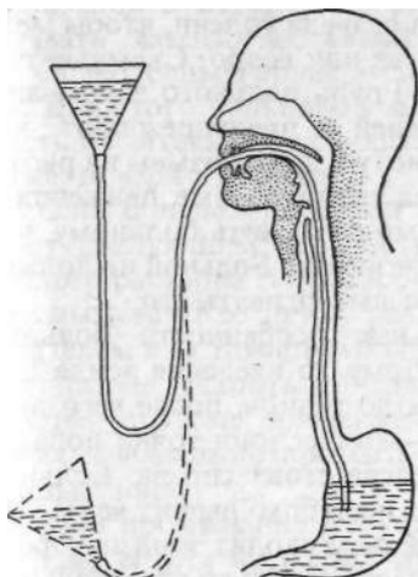


Рис. 40. Промывание желудка.

а—схема промывания желудка; б — техника промывания.

Промывание желудка производится с лечебной и диагностической целью, для удаления из желудка недоброкачественной пищи, ядов, слизи. При этом используют принцип сифона, когда по наполненной жидкостью трубке, соединяющей два сосуда, происходит движение жидкости в сосуд, расположенный ниже. Один сосуд — воронка с водой, другой — желудок. При подъеме воронки жидкость будет поступать в желудок, при опускании — из желудка в воронку.

Для промывания желудка необходимо иметь толстый желудочный зонд длиной 1—1,5 м с воронкообразно расширенным верхним концом. В него вставляют стеклянную воронку емкостью около 1 л и просветом не менее 8 мм, с закругленным концом и двумя отверстиями на боковых стенках непосредственно у слепого конца. Стерилизуют зонд и воронку кипячением в течение 15—20 мин, после чего чистый прибор в разобранном виде кладут в кипяченую воду для охлаждения. Кроме того, необходимо иметь кувшин с водой или лекарственным веществом (2% раствор гидрокарбоната натрия, светлый раствор перманганата калия комнатной температуры, заранее приготовленный в бачке), а также клеенчатый фартук для больного и ведро для слива промывных вод (рис. 40).

Больной садится на стул, плотно прислонившись к его спин-

ке, слегка наклонив голову вперед и разведя колени, чтобы между ногами можно было поставить таз или ведро. Съёмные зубные протезы необходимо удалить. Грудь больного закрывают клеенчатым фартуком или простыней и предупреждают, что введение зонда может вызвать тошноту и даже позывы на рвоту, которые он может подавить, делая глотательные движения и глубоко дыша через нос. Необходимо объяснить больному, что манипуляция эта безопасна и безболезненна. Больной не должен сдавливать просвет зонда зубами и выдергивать его.

Нужно учитывать индивидуальные особенности больных (рост, сложение, конституция), поэтому до введения зонда следует измерить расстояние от пупка до резцов, после чего прибавить расстояние в одну ладонь, — тогда зонд точно попадет в полость желудка. Медицинская сестра стоит справа. Больной широко раскрывает рот, говорит «а» и глубоко дышит через нос. Медицинская сестра быстрым движением вводит зонд за корень языка, больной закрывает рот и делает несколько глотательных движений, после чего медицинская сестра проталкивает зонд по пищеводу. Если зонд выскочил или свернулся, его извлекают и, успокоив больного, вводят вновь. Если зонд попал в гортань, больной начинает кашлять, задыхаться, синеть и теряет голос. В таких случаях зонд следует быстро извлечь и ввести снова.

Промывание желудка состоит из двух этапов. Первый этап: воронку держат на уровне колш больного, несколько наклонно, чтобы не ввести воздух в желудок, и начинают наливать в нее раствор, постепенно поднимая выше уровня рта. Жидкость быстро проходит в Желудок. Следует помнить, что нельзя ждать, пока вся вода войдет из воронки в желудок, так как в этом случае в него насасывается воздух, что затрудняет удаление содержимого желудка.

Второй этап начинается с момента, когда вода доходит до горла воронки. После этого воронку опускают до уровня колен больного и ждут, пока она не наполнится содержимым желудка. Тогда воронку опрокидывают над тазом или ведром и, как только жидкость перестанет вытекать из нее, вновь наполняют воронку раствором и повторяют процедуру до тех пор, пока из желудка не будет поступать чистая вода. Обычно для промывания желудка расходуется 8—10 л воды или промывной жидкости.

Во время промывания желудка необходимо следить за состоянием больного и промывными водами. При появлении прожилок крови процедуру следует прекратить, если промывание не связано с отравлением кислотами, при котором промывание желудка необходимо. В подобных случаях промывание надо

производить осторожно, небольшими порциями, стараясь не вызвать рвотных движений.

Ослабленным больным промывание желудка делают в постели. Для этого больного кладут на бок. Чтобы промывная жидкость не затекала в гортань, голову надо расположить низко и тоже повернуть набок.

Если больной не может проглотить зонд, желудок промывают следующим способом: больному дают выпить 1—2 л теплого раствора гидрокарбоната натрия и, если рвота не наступит, вызывают ее путем раздражения корня языка или глотки шпателем или тампоном. Процедуру повторяют несколько раз. Полностью удалить содержимое желудка таким методом не удастся, поэтому применять его следует только в тех случаях, когда невозможно промыть желудок обычным способом с помощью зонда.

Если промывание желудка по поводу пищевого отравления сделано спустя несколько часов после него и часть пищи уже попала в кишечник, заканчивая промывание желудка, нужно ввести в него через зонд раствор солевого слабительного (60 мл 25% раствора сульфата магния).

По окончании промывания желудка снимают воронку и быстрым движением извлекают зонд. Воронку и зонд тщательно промывают струей горячей воды, пропуская ее через трубку и несколько раз отжимая сверху вниз, а затем кипятят.

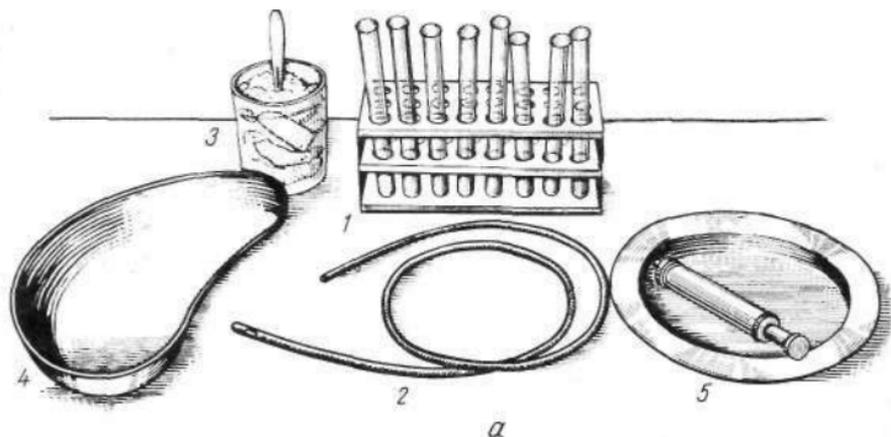
Зондирование желудка для **получения желудочного сока** является важной диагностической процедурой.

Желудочный сок — жидкость, секретлируемая железами желудка и клетками эпителия слизистой оболочки желудка, содержит ферменты (пепсин и др.), соляную кислоту, гастромукопротеин, слизь, минеральные вещества.

Кислотность желудочного сока определяется содержанием в нем кислоты. У здорового человека общая кислотность колеблется от 40 до 60, свободная соляная кислота — от 20 до 40 и связанная с белками — от 10 до 20. Определяется кислотность путем титрования. Количество едкой щелочи, идущее на нейтрализацию кислоты в желудочном соке[^] указывает на кислотность.

При заболеваниях слизистой оболочки желудка выделение и состав желудочного сока меняются, что приводит к повышению или уменьшению секреции, а также к изменению кислотности.

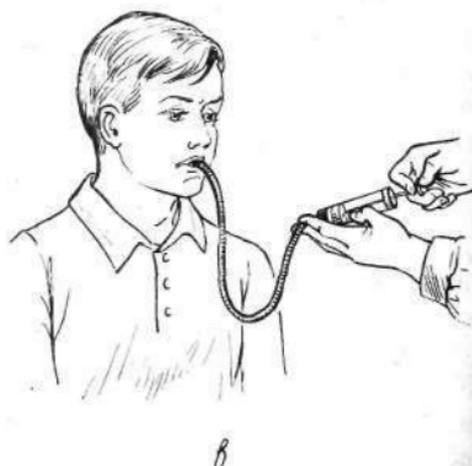
Желудочный сок для определения его кислотности можно получать **о д н о м о м е н т н ы м** способом, который в настоящее время признан нецелесообразным, так как результаты исследования при этом недостаточно точны.



a



б



в

Рис. 41. Взятие желудочного сока.

a — необходимые принадлежности: 1 — пробирки; 2 — тонкий зонд; 3 — пробный завтрак; 4 — лоток; 5 — шприц; *б* — измерение необходимой длины зонда; *в* — отсасывание желудочного сока.

Более точен ф р а к ц и о н н ы й метод исследования желудочного сока, проводимый с использованием пробных завтраков (рис. 41).

Желудочный сок получают тонким зондом, который представляет собой резиновую трубку диаметром 3—5 мм и длиной 1 — 1,5 м. На дистальном конце зонда по бокам имеются два отверстия; конец закруглен и заканчивается слепо. Ко вто-

рому концу присоединяют 20-граммовый шприц, которым отсасывают содержимое желудка. Необходимо также иметь 8—10 пробирок для наполнения их желудочным соком.

Взятие желудочного сока производится в специальном процедурном кабинете. До начала процедуры медицинская сестра стерилизует зонд путем кипячения. Больному необходимо объяснить цель процедуры, ее безопасность и необходимость, научить глубоко дышать носом. Если носовые ходы забиты слизью, необходимо их прочистить. Тонкий зонд вводится в желудок такими же приемами, как и толстый. Зонд, смоченный водой, держат как писчее перо и вводят за корень языка, немного отдавливая его кпереди и книзу, вследствие чего кривизна глотки уплощается и надгортанник устраняется с пути зонда. Больному предлагают сделать несколько глотательных движений и в это время продвигают зонд в пищевод. Больной должен глубоко дышать носом и удерживать рвотные движения, а слюну сплевывать в полотенце. При позывах на рвоту зонд следует сжать губами и глубоко дышать носом. Больной садится около стола на стул, плотно прислонившись к его спинке, голову немного наклоняет вперед. Медицинская сестра левой рукой поддерживает голову больного, а правой вводит зонд. На свободный конец зонда надевают 20-граммовый шприц для отсасывания содержимого желудка. Исследования производят утром натощак.

Для стимуляции секреции желудка применяют пробы с завтраками:

1) мясной бульон (по Зимницкому). Берут 1 кг тощего мяса и варят в 2 л воды. Натощак откачивают все содержимое желудка и дают больному выпить 200 мл теплого бульона. С интервалом в 15 мин отсасывают содержимое желудка в 4 пробирки в течение 1 ч, затем откачивают все содержимое и вводят через зонд еще 200 мл теплого бульона. Затем повторно откачивают желудочное содержимое каждые 15 мин в 4 пробирки в течение часа;

2) 7% капустный отвар (по Петровой и Рыссу). Готовят отвар в количестве 300 мл, откачивают натощак содержимое желудка и вводят теплый отвар. В течение часа желудочное содержимое откачивают в 4 пробирки с интервалом 15 мин. Процедуру повторяют дважды;

3) проба с гистамином. Наиболее мощным и физиологичным возбудителем желудочной секреции является гистамин. Необходимо помнить, что при тяжелой форме гипертонической болезни, коронаросклерозе и бронхиальной астме он противопоказан. Натощак откачивают содержимое желудка, затем вводят подкожно 0,5 мл 0,1% раствора гистамина и в течение часа "Откачивают желудочное содержимое с интервалом 15 мин;

4) кофеиновый завтрак. Берут 0,2 г чистого кофеина и 2 капли метиленового синего на 200 мл воды. Натощак откачивают все содержимое желудка, затем через зонд вводят 200 мл раствора и через 15 мин начинают откачивать желудочный сок в течение 2 ч, всего в 8 пробирок.

Пробирки с полученным желудочным соком устанавливают в штатив в порядке получения проб. Каждую пробирку маркируют этикеткой с указанием номера и направляют в лабораторию.

В настоящее время получил широкое распространение электрометрический (рН-метрический) метод взятия желудочного сока при помощи зонда, оканчивающегося оливой с вмонтированными в нее сурьмянокаломелевыми электродами. Это позволяет определить рН желудочного сока в различных отделах желудка. В норме рН равен 1,7—1,9. Применяются также радиометрическое исследование секреции желудочного сока непосредственно в отдельных частях желудка при помощи вводимого в него на различную глубину миниатюрного электронного прибора отечественного производства «Капсула», а также метод непрерывной аспирации желудочного сока специальным аппаратом.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка

Рентгенологическое исследование желудка имеет большое диагностическое значение. Медицинская сестра обязана знать технику подготовки больных к этому методу исследования. Цель ее — освободить желудок и кишечник от содержимого и газов. Накануне больной не должен употреблять грубой пищи (черный хлеб, картофель), чтобы не образовались газы, которые будут мешать исследованию. Ужинать нужно не позже 20 ч. Накануне вечером и утром, не позднее чем за 2 ч до начала исследования, очищают кишечник с помощью клизмы из 1 л теплой воды.

Нельзя назначать слабительные накануне, а тем более в день рентгенологического исследования, так как они вызывают вздутие живота (метеоризм). Если в желудке имеется большое количество жидкости, показано промывание его в течение нескольких дней. Иногда достаточно откачать содержимое желудка непосредственно перед рентгенологическим исследованием. На исследование направляют больного натощак утром после очистительной клизмы. При наличии большого количества газов клизму ставят повторно.

Рентгенологический метод дает ценные сведения для диагностики только в том случае, если больной хорошо подготовлен к проведению данного исследования.

Дуоденальное зондирование

При заболеваниях печени, желчного пузыря и желчных протоков возникает необходимость исследования желчи, т. е. проведения **дуоденального зондирования**. Для получения правильных данных необходимо хорошо подготовить к нему больного. Важно, чтобы он не боялся процедуры. Медицинская сестра в популярной форме должна объяснить больному ход дуоденального исследования и важность соблюдения правил подготовки и поведения больного до и во время зондирования. Накануне вечером больному дают 8 капель 0,1% раствора атропина и для лучшего отхождения желчи несколько кусочков сорбита или 30 мг ксилита, растворенного в небольшом количестве теплого воды. Ужин должен быть легким: продукты, вызывающие метеоризм (черный хлеб, молоко, картофель) исключают.

Для дуоденального зондирования (рис. 42) необходимо иметь тонкий эластичный зонд длиной 1,5 м и диаметром 3,5 мм, на конце с металлической оливой и несколькими отверстиями, штатив для пробирок, пробирки для посева желчи, 20-граммовый шприц. До исследования зонд необходимо прокипятить. Зонд может длительное время находиться в желудке, не вызывая неприятных ощущений.

Дуоденальное зондирование обычно производят натошак в процедурном кабинете на твердом топчане. Для успеха процедуры большое значение имеет то, как и на какое расстояние вводить дуоденальный зонд. При этом необходимо учитывать рост и конституцию больного. В положении стоя измеряют на зонде расстояние от пупка до резцов, усаживают больного, берут металлическую оливу под III палец правой кисти и вводят за корень языка, предлагая больному сделать несколько глотательных движений и глубоко дышать через нос. При появлении позывов на рвоту больной должен губами сжать зонд и глубоко дышать через нос, а после этого стараться проглотить зонд до нужной отметки. Пройдя через зев, олива и зонд продвигаются самостоятельно благодаря перистальтическим движениям пищевода. Глотать зонд нужно медленно, чтобы он не свернулся. После того как зонд попал в желудок, больного укладывают на правый бок, под который подкладывают подушку, поставленную ребром, или свернутое одеяло. Поверх них необходимо положить горячую грелку, завернутую в полотенце, чтобы не обжечь больного. Ноги должны быть согнуты в ко-

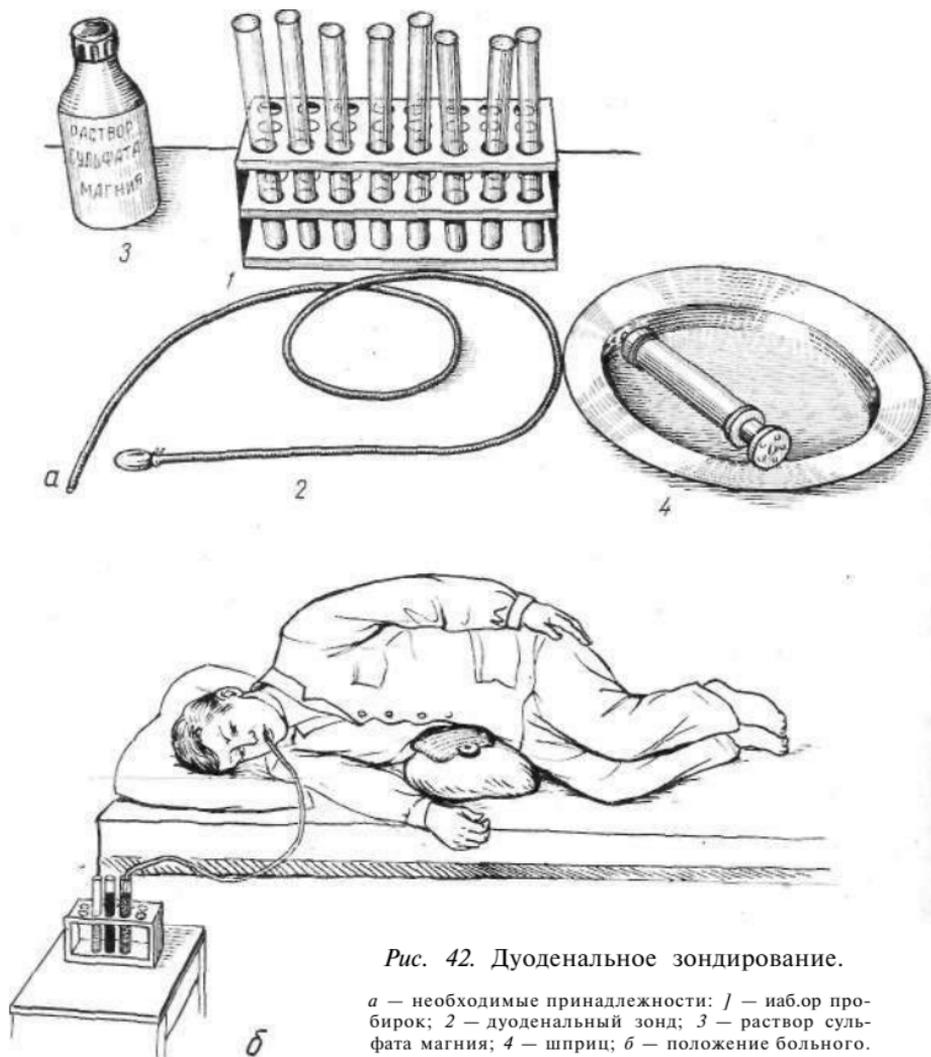


Рис. 42. Дуоденальное зондирование.

a — необходимые принадлежности: 1 — набор пробирок; 2 — дуоденальный зонд; 3 — раствор сульфата магния; 4 — шприц; *б* — положение больного.

лянях. Больной продолжает медленно и постепенно заглатывать зонд.

О месте нахождения зонда судят по получаемому из него содержимому. При нахождении зонда в желудке выделяется прозрачный или слегка мутный кислый желудочный сок (смоченная синяя лакмусовая бумажка краснеет). Через 50—60 мин должна появиться желчь. При выделении из зонда содержимого желтоватого цвета считают, что олива продвинулась в двенадцатиперстную кишку. Нахождение в ней зонда подтверждается щелочной реакцией отделяемого (смоченная красная лакмусовая бумажка синееет). Если зонд свернулся и желчного отделяемого нет, слегка вытягивают зонд, после чего больной снова его заглатывает. Контролем нахождения зонда в двенадцати-

перстной кишке может быть введение с помощью шприца воздуха, который больной при нахождении зонда в желудке ощущает, а в двенадцатиперстной кишке не чувствует. Для определения местонахождения оливы применяется также рентгеноскопия. Если в течение длительного времени желчь не появляется, можно ввести подкожно 1 мл 0,1% раствора атропина. При зондировании необходимо получить три порции желчи.

Первая порция желчи (порция А) является содержимым двенадцатиперстной кишки, светло-желтого цвета, прозрачная, имеет щелочную реакцию. Затем вводят какой-либо раздражитель, чтобы открылся общий желчный проток и появилась пузырная желчь. Для этого можно использовать 40—60 мл 33% раствора сульфата магния, подогретого до 60°C, а если он плохо переносится больным, можно ввести сорбит, ксилит (30 мл) или 40% раствор глюкозы в том же количестве. Кроме того, можно ввести 15—20 мл 10% раствора пептона или нагретого прованского или оливкового масла. Этим вызывают пузырный рефлекс, т. е. сокращение желчного пузыря при раскрытии сфинктера Одди. На 5—7 мин зонд пережимают, после чего свободный конец его опускают в пробирку. Начинает поступать прозрачная темная желчь (порция В), являющаяся содержимым желчного пузыря — пузырная желчь. После полного опорожнения желчного пузыря появляется светлая желчь (порция С), поступающая из желчных протоков. Она должна быть светло-лимонного цвета, прозрачной, без примеси.

У здорового человека в порциях В и С не должно быть лейкоцитов и слизи, а при посеве желчь должна быть стерильной.

Для бактериологического исследования необходимо набрать дополнительно небольшое количество желчи каждой порции в стерильные пробирки с соблюдением правила стерильного взятия материала: до и после наполнения пробирок желчью необходимо провести их края над пламенем спиртовки и закрыть стерильной пробкой.

Получение желчи при дуоденальном зондировании указывает на проходимость желчных путей. При полной их закупорке выделяется только кишечный сок без желчи.

Необходимо обращать внимание на примеси в дуоденальном содержимом. При появлении крови зондирование следует прекратить. Иногда зонд долго не попадает в двенадцатиперстную кишку из-за того, что он свернулся (тогда его надо извлечь, вымыть и ввести снова) или вследствие спазма привратника (для снятия спазма можно ввести 100 мл 2% раствора гидрокарбоната натрия и пережать зонд на 10—15 мин, после чего продолжать зондирование). Ускорить продвижение

оливы за привратник можно следующим образом: предложить больному глубоко дышать, что ускоряет перистальтику, помассировать подложечную область, ввести подкожно 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина.

Процедура дуоденального зондирования довольно утомительна для больного и не следует ее затягивать. Если через 1—1½ ч желчь не появится, зондирование следует прекратить. После получения всех трех порций зонд осторожно извлекают.

Исследование функционального состояния поджелудочной железы путем дуоденального зондирования производят несколько иначе. Убедившись в нахождении зонда в двенадцатиперстной кишке, через него вводят 30 мл 0,1—0,5% раствора хлористоводородной кислоты, секретин или оливковое масло. После этого собирают содержимое двенадцатиперстной кишки каждые 15 мин в течение часа и отправляют на исследование с целью определения в нем панкреатических ферментов.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желчного пузыря и желчных путей

Холецистография дает возможность изучить форму, положение, функцию желчного пузыря и желчных путей, а также наличие камней в желчном пузыре с помощью введения контрастного вещества внутрь и последующих рентгеновских снимков. Рентгенологическое исследование желчного пузыря без контрастного вещества иногда выявляет лишь камни, содержащие известь, поэтому, пользуясь свойством организма выделять через печень ряд введенных в него веществ, давно применяют для рентгенологического исследования желчного пузыря контрастные йодсодержащие вещества (холевид, йопагност, билитраст, билигност).

Накануне исследования в 17 ч дают ужин: 100 г хлеба, 25 г масла и яйцо всмятку. В 19 ч делают очистительную клизму, затем больной принимает 3—3,5 г билитраста (по 1—1,5 г каждые 20 мин, запивая стаканом сладкого чая). В 20 ч дают внутрь 100 мл 40% раствора глюкозы. В 9—10 ч утра следующего дня производят рентгеновские снимки. Затем для сокращения желчного пузыря дают 2 сырых куриных яйца и через 40 мин повторяют снимки.

При использовании холевида предварительную подготовку проводят так же, как и при приеме билигноста. Больной выпивает холевид по 1 таблетке каждые 10 мин в течение часа (всего 6 таблеток). Если больной выше средней упитанности, ему по-

латается принять 12 таблеток: по 2 таблетки каждые 10 мин. Больной не должен ужинать и до утра должен лежать в постели.

Холеграфия — рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчных путей путем внутривенного введения контрастного вещества. В тех случаях, когда желчный пузырь удален или прием билитраста не дал желаемых результатов, или имеются противопоказания к его применению, контрастное вещество (билигноста) вводят внутривенно.

Больного готовят к исследованию в течение 2 дней. Назначают диету, обеспечивающую меньшее образование газов в кишечнике. Исключают молоко, черный хлеб, яблоки, капусту. Ставят очистительные клизмы. Накануне исследования производится проверка на чувствительность больного к контрастному веществу: внутривенно вводят 1—2 мл 20% раствора билигноста. При появлении зуда, сыпи, озноба, повышении температуры тела или других симптомах непереносимости йода от внутривенного введения приходится отказаться. В экстренных случаях непосредственно перед исследованием внутривенно вводят 1—2 мл билигноста и при отсутствии реакции через 3 мин, не вынимая иглы из вены, медленно вводят необходимое количество препарата. Взрослому медленно, в течение 3—5 мин, вводят 30—40 мл 20% раствора билигноста, предварительно подогретого до температуры тела. Через 10—15 мин после введения билигноста на рентгенограмме могут быть обнаружены желчные протоки, а через 40—45 мин начинает заполняться желчный пузырь. Серию снимков делают через 45—50 мин.

Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Появление в кале крови говорит о желудочно-кишечном кровотечении. Чем ближе к анальному отверстию находится источник кровотечения, тем менее измененной оказывается кровь. При кровотечениях из кишечника кал приобретает красновато-коричневый цвет, из желудка или двенадцатиперстной кишки — черный (дегтеобразный), из геморроидальных вен кровь выделяется в чистом виде, имеет алый цвет и остается на поверхности кала. При массивном кровотечении у больного может понизиться артериальное давление, он бледнеет, кожа покрывается холодным потом, пульс становится нитевидным, поэтому необходимо срочно вызвать врача и оказать больному первую доврачебную помощь.

Уход за больным. Медицинская сестра удобно укладывает больного в постель и запрещает ему подниматься,

на область живота кладет пузырь со льдом, следит, чтобы больной не пил и не ел, не разговаривал и не курил. В палате должно быть тихо, больному нужно создать полный покой, успокоить его, так как вид крови может испугать. Врачебные назначения следует выполнять быстро, четко, без суеты.

В начальный период кровотечения показан голод, в дальнейшем разрешается холодная жидкая пища (молоко, желе, яичные белки). Через 4—7 дней после прекращения кровотечения диета может быть расширена. При значительном обезвоживании организма необходимо восполнить потерю жидкости подкожным введением 500 мл изотонического раствора хлорида натрия.

За больными с кишечными кровотечениями необходим тщательный индивидуальный уход. Медицинская сестра следит, чтобы «утку» и подкладное судно больному подавали в постель, сама поит и кормит больного, обеспечивает ему полный покой. Кал больного с кишечным кровотечением помещают в горшок или посуду с крышкой и ставят в прохладное место, а затем направляют в лабораторию по существующим правилам.

Техника введения газоотводной трубки

Газоотводная трубка — мягкая толстостенная резиновая длиной 30—50 см и диаметром 3—5 мм. Конец, вводимый в кишечник, закруглен вокруг центрального отверстия, другой конец косо срезан. Трубку нужно прокипятить, смазать вазелином или другим жиром и ввести в заднепроходное отверстие на расстояние 20—30 см так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода на 5—6 см. Наружный конец трубки опускают в подкладное резиновое судно или на четверо сложенную простыню, подложенную под больного, чтобы не загрязнить постель, так как из трубки может вытекать жидкое кишечное содержимое.

Вводить трубку нужно неспеша, вращательными движениями, чтобы не причинять боли. Газоотводная трубка должна оставаться в кишечнике до тех пор, пока не отойдут газы и не уменьшится вздутие живота. Иногда для этого требуется несколько часов. В таких случаях трубку держат не более 2 ч, затем ее удаляют и через некоторое время вводят снова. Трубку в течение суток можно вставлять несколько раз через некоторый промежуток времени. Введение газоотводной трубки затруднено при скоплении в кишечнике плотных каловых масс. В таких случаях перед введением газоотводной трубки ставят микроклизму с глицерином или ромашкой.

После извлечения газоотводной трубки окружность заднего

прохода вытирают ватой, а в случае раздражения смазывают мазью. Газоотводную трубку следует тщательно вымыть теплой водой с мылом, хорошо протереть и простерилизовать путем кипячения. Ни в коем случае нельзя пользоваться грязными газоотводными трубками. На посту медицинской сестры всегда должна быть запасная чистая, прокипяченная газоотводная трубка для экстренных случаев.

Газоотводную трубку применяют при метеоризме — вздутии живота, связанном с повышенным газообразованием в кишечнике или плохим выведением газов.

Больные, страдающие метеоризмом, жалуются на чувство распирания и тяжести в животе, иногда ноющие и тянущие боли в нем без четкой локализации. При резком метеоризме могут возникать схваткообразные боли, стихающие после отхождения газов. Возможны диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота). Иногда отмечается неприятный запах изо рта. Молоко, черный хлеб, бобовые, мучные блюда, картофель, квашеная капуста усиливают метеоризм, поэтому должны быть исключены из диеты. Назначают активированный уголь, настой из ромашки, укропа, мяты. Необходимо лечение поносов и запоров.

Приемление подкладных суден

Больным, длительное время находящимся в постели, необходимо подавать судно для опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Подкладные судна бывают эмалированные, резиновые и фаянсовые; они имеют удлиненную или круглую форму и снабжены крышками. Чистые, продезинфицированные подкладные судна хранятся в туалетных комнатах в специальных гнездах.

Перед подачей больному судно ополаскивают горячей водой. Младшая медицинская сестра одной рукой приподнимает крестец больного, а другой осторожно подводит судно под ягодичцы. После дефекации подкладное судно осторожно извлекают из под больного, чтобы не расплескать содержимое, накрывают клеенкой или газетой и выносят в туалетную комнату. Больного подмывают и область заднего прохода насухо вытирают ватой. Содержимое судна выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой с порошком «Гигиена» или «Лотос», а после этого дезинфицируют 2% раствором хлорамина Или 0,5% осветленным раствором хлорной извести.

Ослабленным больным с небольшим подкожным жировым слоем и склонностью к образованию пролежней, а также с недержанием кала необходимо давать надувные резиновые под-

кладные судна, которые благодаря эластичности оказывают на крестец наименьшее давление и вместе с тем предохраняют от соприкосновения с выщелениями, что является профилактикой пролежней. Резиновое судно нельзя ставить прямо на простыню, а нужно подложить под него клеенку. Туго надувать судно не следует. Между ягодицами, крестцом и надувным кругом необходимо проложить подстилку. Нужно вовремя опорожнять судно, чисто промывать его и снова подставлять больному. В настоящее время имеются специальные машины, которые моют и сушат судна. Медицинская сестра должна постоянно следить за чистотой и правильным хранением суден. Подача больному судна является обязанностью младшей медицинской сестры.

Взятие кала на лабораторное исследование

Кал формируется в толстом кишечнике и состоит из остатков непереваренной пищи, в основном из растительной клетчатки. В кале содержатся живые и мертвые микробы. Состав каловых масс зависит от характера пищи и функции пищеварительного тракта.

Собирать кал следует сразу после дефекации, желательно в теплом виде, чтобы в нем не произошли изменения под действием микроорганизмов и ферментов. Кал для исследования должен быть собран в чистую, сухую и по возможности стеклянную посуду. Не рекомендуется направлять в лаборатории кал в бумаге, картонных и спичечных коробках. На банке должна быть сопроводительная этикетка с указанием фамилии, имени, отчества больного, отделения и палаты, цели исследования, даты и подписи направляющего.

Во избежание высыхания, окисления и распротарfenНН инфекций мухами кал следует хранить под крышкой. Обычно кал для исследования берут утром, после сна. Больной опорожняет кишечник в горшок, медицинская сестра производит общий осмотр кала и, если имеется кровь, сообщает об этом врачу. Небольшое количество кала деревянной лопаточкой или шпателем сестра кладет в баночку и в таком виде направляет для **общего исследования**. Для исследования на яйца глистов необходимо взять кал из трех мест и в теплом виде направить в лабораторию. Для исследования кала на **скрытую кровь** больного готовят в течение 3 дней, исключая из рациона мясные и рыбные блюда, а также лекарства, содержащие йод, бром и железо. На 4-й день взятый кал отправляют в лабораторию.

Кал для исследования на **дизентерию** направляют в лабораторию в специальных пробирках, которые содержат так назы-

ваемую английскую смесь. В каждом отделении всегда должна быть пробирка с этой смесью, чтобы в любое время можно было отправить кал на исследование.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию толстого кишечника

Толстый кишечник можно исследовать двумя способами; 1) наполнение толстого кишечника бариевой взвесью посредством клизмы (ирригоскопия); 2) досмотр толстого кишечника после принятого накануне контрастного вещества. Обычно досматривают толстый кишечник через 24 ч после рентгенологического исследования желудка. Часть бариевой взвеси в некоторых случаях выводится. Чаще всего кишечник не опорожняется после приема бариевой взвеси в течение суток. Утром больному дают завтрак для рефлекторного передвижения взвеси и через 2 ч производят рентгеноскопию. Для определения воспалительных изменений в слепой кишке больному назначают прием бариевой взвеси (200 г на стакан воды) в 3 ч ночи с последующим рентгенологическим исследованием через 7—8 ч.

К **ирригоскопии** медицинская сестра готовит больного в течение 3 дней. Следит, чтобы он исключил из рациона вещества, вызывающие газообразование (чёрный хлеб, молоко, картофель, капусту, виноград и др.) и употреблял легкоусвояемую пищу (каши, кисели, омлеты, супы, мясо и рыбу в отварном виде). При метеоризме дают 3 раза в день настой ромашки и после ужина вставляют на 2 ч газоотводную трубку в течение 3 дней. Назначение солевых слабительных не рекомендуется, так как они способствуют газообразованию. Накануне исследования больному перед обедом дают 30 г касторового масла и проводят цикл клизм для полного промывания толстого кишечника. Вечером перед сном и утром перед завтраком ставят очистительную клизму. Затем больному дают легкий завтрак для передвижения пищевого комка по кишечнику и повторно ставят очистительную клизму. За час до исследования кишечника вставляют газоотводную трубку. После этого больного направляют в рентгеновский кабинет и вводят бариевую взвесь в толстый кишечник; помощью клизмы (1 л воды + 200 г сульфата бария + 10 г «тамина»).

Рентгенологическое исследование кишечника имеет большое диагностическое значение. Для получения необходимых результатов больного нужно соответствующим образом подготовить, т. е. освободить кишечник от содержимого и газов. В течение 3 дней до процедуры назначают диету, исключая газообразование (запрещаются черный хлеб, молоко, картофель). Раз-

решается только легкоусвояемая пища: каши, кисели, бульоны, омлеты, мясо и рыба в отварном виде. При метеоризме больной в течение 3 дней должен пить отвар ромашки (1 столовая ложка на стакан кипятка) или масляные слабительные, так как солевые слабительные (сульфат магния и др.) усиливают образование газов. Ужинать накануне исследования больной должен не позже 20 ч, а в 22 ч ставят очистительную клизму. Больного предупреждают, что утром он не должен курить, пить и есть, а за 3—4 ч до исследования снова ставят очистительную клизму и проверяют под экраном, нет ли у больного большого скопления газов в кишечнике. Если оно имеется, перед исследованием повторно ставят клизму.

Состояние слизистой оболочки кишечника определяют путем введения контрастного вещества через рот. Для исследования применяют контрастное вещество — сульфат бария, поглощающий рентгеновские лучи и дающий густую тень на экране рентгеновского аппарата (100 г сульфата бария разводят в 150 г теплой кипяченой воды и делают густую взвесь). Для исследования тонкого кишечника лучше всего выпить взвесь сульфата бария за 6—8 ч до исследования.

Эндоскопические исследования желудочно-кишечного тракта

Эндоскопические методы исследования приобретают все большую значимость. Они носят не только диагностический характер, но и применяются в качестве лечебного метода, при помощи которого проводят лечение заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. С появлением эндоскопов со стекловолоконной оптикой и световодами эндоскопические исследования стали одним из основных методов диагностики заболеваний органов пищеварения.

Все исследования в эндоскопических кабинетах проводятся квалифицированными "врачами, имеющими специальную подготовку. Уход за аппаратурой осуществляют специально обученные медицинские сестры. Медицинская сестра является помощником врача и должна не только знать, как подготовить больного к исследованию, но и уметь обращаться с довольно сложной аппаратурой и быстро манипулировать ею во время процедуры.

Осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проводится одним аппаратом — эзофагогастродуоденофиброскопом — по единой методике. Эзофагогастродуоденофиброскоп состоит из: 1) головки где находятся окуляр, рычаги и кнопки управления, входы в ка-

налы с клапанами, по которым в желудок можно вводить различные инструменты (биопсийные щипцы, катетеры, иглы и др.); 2) рабочей части — гибкой трубки диаметром 8—12 мм, длиной 860—1200 мм и соединительного световода. Дистальный конец эндоскопа может сгибаться в двух перпендикулярных плоскостях: спереди назад под углом 200° и слева направо под углом 120° . Рядом с окном наблюдения открывается канал, в котором расположен манипулятор, позволяющий изменять форму и направление вводимых для биопсии инструментов. Вдувание воздуха и отсасывание жидкости из желудка осуществляются автоматически.

Медицинская сестра должна хорошо знать способы дезинфекции всех рабочих частей. Перед исследованием трубку протирают салфеткой, смоченной 33% спиртом. После исследования промывают канал эндоскопа теплой мыльной водой для удаления крови, слизи и др. Затем канал продувают воздухом для осушивания и отсоединяют аппарат от осветителя. Трубку хорошо промывают в мыльном растворе и ополаскивают под проточной струей теплой воды, затем тщательно протирают сухой тряпкой и дезинфицируют 33% раствором спирта, необходимо помнить, что неразведенный спирт и высокая температура разрушают покрытие эндоскопа. В целях предупреждения деформации фиброскопы нужно хранить вертикально в подвешенном состоянии. Биопсийные щипцы, инъекционные иглы, катетеры, петли для удаления полипов замачивают в 1 % растворе диоксида на 10 мин, затем извлекают, тщательно протирают сухой тряпкой и хранят в стерилизаторе. Перед употреблением их следует промыть каким-либо стерильным раствором. Бережное отношение к прибору, соблюдение правил обработки и хранения обеспечивают долговечность прибора.

Процедуру проводят утром натощак при общем хорошем самочувствии больного, предварительно удалив зубные протезы. За 30 мин до исследования подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина. Местное обезболивание производится за 20 мин до эндоскопии путем орошения из пульверизатора 1—3% раствором дикаина полости рта, глотки и верхней части пищевода. Положение больного на левом боку на универсальном операционном столе, туловище выпрямлено, плечи развернуты, мышцы максимально расслаблены, чтобы не создавать сопротивления введению эндоскопа. В рот вставляют стерильный загубник. Исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки продолжается в среднем около 10 мин. В день исследования нельзя употреблять горячую пищу, а в течение IV2 ч после процедуры не разрешается пить и есть до полного Исчезновения затруднения глотания (связанного с действием

анестетиков), во избежание попадания пищи или воды в трахею. Амбулаторных больных отпускают домой через 1' а ч после исследования при общем хорошем самочувствии.

Эзофагоскопия — осмотр слизистой оболочки пищевода для своевременного распознавания новообразований в ранних стадиях развития, диагностики и извлечения инородных тел пищевода. Эзофагоскопию применяют также с лечебной целью.

Гастроскопия — осмотр слизистой оболочки желудка с целью выявления доброкачественных и злокачественных образований, язв желудка, биопсии и удаления полипов.

Дуоденоскопия — осмотр слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, более точный метод диагностики язв этой кишки и их лечения (аппликации с облепиховым маслом, обкалывание язвы антибиотиками и др.).

Колойоскопия — осмотр слизистой оболочки толстой кишки при помощи колоноскопа, который дает возможность осмотреть слизистую оболочку на всем ее протяжении. При помощи колоноскопии выявляются различные заболевания толстой кишки (воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные поражения, кровотечения и т. д.).

В подготовке больных имеются некоторые особенности. Начинают подготовку больного за 2—4 дня до исследования. Назначают бесшлаковую диету (мясной бульон, отварные мясо и рыба, белковый омлет, творог, белые сухари), полностью исключают черный хлеб, молоко, картофель. Накануне исследования после второго завтрака дают 30—40 мл касторового масла, а вечером перед сном ставят очистительную клизму объемом до 1,5 л воды. Ужин отменяется. Исключение делают для больных сахарным диабетом, детей и лиц старческого возраста. Утром за 2 ч до исследования ставят очистительную клизму до полного опорожнения кишечника и вводят газоотводную трубку. Перед введением колоноскопа заднепроходное отверстие с целью обезболивания смазывают ксилостезиновой мазью.

Ректороманоскопия — осмотр слизистой оболочки прямой кишки. Этот метод довольно прост и доступен в поликлинических условиях. Он дает возможность осмотреть слизистую оболочку прямой кишки и выполнить некоторые манипуляции: смазывание трещин, припудривание их, удаление полипов и др.

Роль медицинской сестры при этом исследовании заключается в подготовке больного, проверке инструментария и помощи врачу после введения ректоскопа. Возможно истечение оставшихся в кишке промывных вод или жидких испражнений, поэтому у медицинской сестры наготове должен быть таз, который подставляется к наружному концу трубки ректоскопа.

Ректоскоп состоит из набора трубок различной длины, вводимых в прямую кишку, оптической системы и баллона для нагнетания воздуха в прямую кишку. При подготовке к ректоскопии стерилизуют только трубки, головку и ватодержатели. Остальные части ректоскопа протирают спиртом.

Подготовка больного при задержке стула начинается за несколько дней до исследования: дают солевые слабительные, 15% раствор сульфата магния (по 1 столовой ложке 3 раза в день), ежедневно ставят клизмы. Применяют и другую методику подготовки к ректоскопии: две клизмы вечером с последующим введением газоотводной трубки, легкий ужин (чай с печеньем), утром также две клизмы с перерывом в 30 мин и введение газоотводной трубки. Чаще достаточно двух клизм: одна ставится накануне исследования, другая — за 4 ч до него.

Наиболее удобное для введения ректоскопа положение больного коленно-локтевое и коленно-плечевое. Больной становится на колени на перевязочный стол так, чтобы ступни свисали за его край, и упирается локтями или плечом. Другое возможное положение больного — лежа на правом боку с несколько приподнятым тазом. При недостаточной подготовке больного обследование необходимо отложить и провести повторную подготовку.

По окончании исследования ректоскоп разбирают на те части, которые нужно стерилизовать, тщательно моют, а остальные протирают хлорамином и спиртом.

Лапароскопия — осмотр органов брюшной полости и малого таза для распознавания различных патологических процессов — производится специальным лапароскопом с прямой оптикой. Подготовка сводится к очистительной клизме накануне вечером и перед исследованием. Подкожно вводят 0,5 мл 1% раствора морфина и 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина. Медицинская сестра привозит больного на каталке и под ее контролем после исследования больного привозят обратно в палату.

Необходимо помнить, что все эндоскопические исследования могут дать осложнения: аллергическую реакцию на введение анестетиков, кровотечение, обморок, поэтому медицинская сестра должна внимательно следить за состоянием больного и о появлении каких-либо неблагоприятных симптомов поставить в известность врача.

Клизма

У здорового человека кишечник опорожняется регулярно один раз в сутки в одно и то же время. При некоторых заболеваниях возникает задержка стула (запор). В таких случаях назна-

чают послабляющую диету, слабительные, а также ставят клизму.

Клизмой называется введение в нижний отрезок толстой кишки различных жидкостей с лечебной и диагностической целью. Клизмы бывают очистительные, сифонные, питательные, лекарственные и капельные.

Для постановки клизмы пользуются кружкой Эсмарха, которая представляет собой резервуар (стеклянный, эмалированный, резиновый) вместимостью 1—2 л. На дне кружки имеется отверстие с соском, на который надевают толстую резиновую трубку длиной 1,5 м и диаметром 1 см. Кран на конце трубки регулирует поступление жидкости в кишечник. На свободный конец трубки надевают стеклянный, эбонитовый или пластмассовый наконечник длиной 8—10 см. Наконечник должен быть целым, с ровными краями. После употребления наконечник надо хорошо вымыть мылом под струей теплой воды и прокипятить. Хранят наконечники в банке с дезинфицирующим раствором или в стерилизаторах.

Очистительная клизма. Применяется для освобождения кишечника от каловых масс и газов. Клизмы ставят по назначению врача.

Показания; 1) задержка стула, 2) подготовка к операциям, к эндоскопии толстого кишечника и к рентгенологическим исследованиям, 3) отравления и интоксикации, 4) перед постановкой лечебной и капельной клизмы.

Противопоказания: 1) воспалительные явления в прямой и толстой кишке; 2) кровоточащий геморрой; 3) выпадение прямой кишки; 4) желудочные и кишечные кровотечения.

Действует очистительная клизма мягко. При этом опорожняется только нижний отдел кишечника. Вводимая жидкость оказывает механическое, термическое и химическое воздействие на кишечник, что немного усиливает перистальтику, разрыхляет каловые массы и облегчает их вывод. Больному не приходится сильно тужиться, действие клизмы наступает через несколько минут.

Для постановки очистительной клизмы, кроме кружки Эсмарха, необходимо иметь штатив для ее подвешивания, термометр для измерения температуры жидкости (вода комнатной температуры, раствор ромашки и др.), клеенку, таз, подкладное судно (рис. 43).

Клизмы ставят медицинские сестры или хорошо обученные младшие медицинские сестры. Больного укладывают на топчав или на кровать ближе к краю на левый бок с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Если больному нельзя двигаться

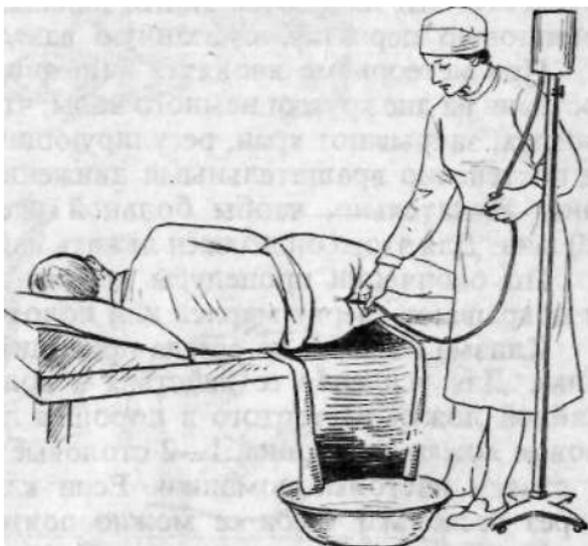


Рис. 43. Очистительная клизма.

а — заполнение системы водой; *б* — техника постановки клизмы.

он лежит на спине. Под ягодицы подставляют подкладное судно и подкладывают клеенку, свободный край которой опускают в ведро на случай, если больной не удержит воду. В кружку Эсмарха наливают 1—1,5 л воды комнатной температуры, поднимают ее кверху и опускают наконечник вниз, чтобы заполнить систему и выпустить одновременно имеющийся в ней воздух. Кран на резиновой трубке закрывают. Проверяют, не разбит ли наконечник, хорошо смазывают его вазелином и начинают вводить в заднепроходное отверстие, предварительно раздвинув левой рукой ягодицы больного. Вводят наконечник на 8—10 см сначала вверх и вперед, а потом поворачивают несколько кзади легкими вращательными движениями, преодолевая сопротивление наружного сфинктера. Если имеются выступающие складки слизистой оболочки или геморроидальные узлы, надо ввести наконечник между ними, стараясь не задеть. Если встречаются препятствия, например трубка упирается в кишечную стенку или в твердый кал, надо извлечь ее на 1—2 см и открыть кран. Кружку Эсмарха поднимают на высоту до 1 м и вода под давлением поступает в толстый кишечник. При закупорке наконечника каловыми массами его следует извлечь, прочистить и ввести снова.

Если прямая кишка наполнена калом, пробуют размыть его струей воды. Иногда каловые массы бывают настолько твердыми, что поставить клизму не удастся. В таких случаях приходится извлекать кал из прямой кишки пальцем, предварительно надев резиновую перчатку, смазанную вазелином.

При метеоризме вводят в кишечник весь объем жидкости, оставив на дне кружки немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух, закрывают кран, регулирующий поступление жидкости и постепенно вращательными движениями извлекают наконечник. Желательно, чтобы больной удерживал воду в течение 10 мин. Для этого он должен лежать на спине и глубоко дышать.

По окончании процедуры кружку моют, вытирают насухо и покрывают сверху марлей или полотенцем.

Клизма из воды не всегда приводит к опорожнению кишечника. Для усиления ее действия к воде можно добавить полчайной ложки растертого в порошок детского мыла, 2—3 столовые ложки глицерина, 1—2 столовые ложки поваренной соли, 1 стакан настойки ромашки. Если клизма не подействовала, через несколько часов ее можно повторить.

При постановке очистительной клизмы нужно следить, чтобы одномоментно не вводилось большое количество жидкости.

Сифонная клизма. Если обычные очистительные клизмы не дают эффекта, применяют сифонные клизмы.

Показания: 1) кишечная непроходимость; 2) отравления ядами; 3) удаление газов и промывание нижней части толстого кишечника с лечебной целью.

Для быстрого опорожнения кишечника наилучшим способом является сифонный метод (многократное промывание кишечника), в основе которого лежит принцип сообщающихся сосудов. Одним из них является кишечник, другим — воронка на наружном конце введенной в прямую кишку резиновой трубки.

Для сифонной клизмы заготавливают простерилизованную резиновую трубку длиной 1,5 м и диаметром 1,5 см с надетой на наружный конец воронкой, вмещающей около 0,5 л жидкости, кувшин на 5—8 л для дезинфицирующей жидкости (слабый раствор перманганата калия, 22% раствор гидрокарбоната натрия) или кипяченой воды, подогретой до температуры 38 °С, и ведро для слива воды. Больного укладывают на левый бок или на спину, под ягодицы подкладывают клеенку, а у кровати ставят ведро для слива и кувшин с жидкостью. Конец резиновой трубки, вводимый в прямую кишку, обильно смазывают вазелином и продвигают вперед на 20—30 см. Нужно следить, чтобы резиновая трубка не свернулась в ампуле прямой кишки, контролируя ее положение, если это необходимо, пальцем. Воронку следует держать немного ниже тела больного в наклон-

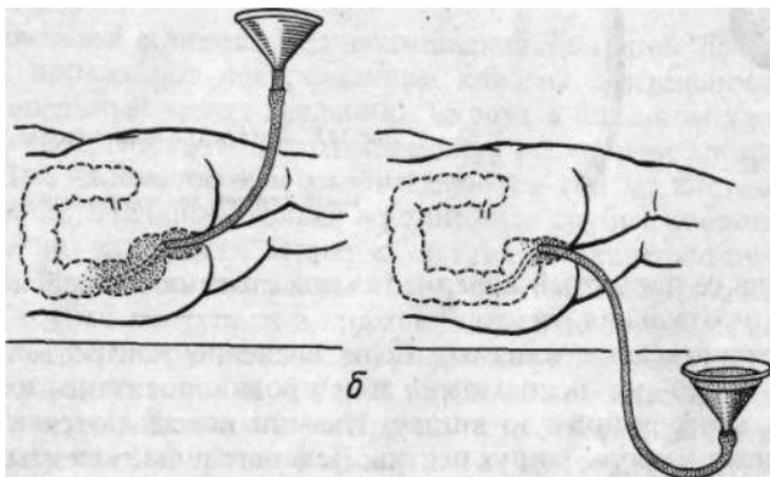


Рис. 44. Сифонная клизма.

- необходимые принадлежности; б — этапы постановки сифонной клизмы (схема).

НМ положении. Затем постепенно воронку наполняют жидкостью и приподнимают над телом на 0,5 м. Вода начинает убывать, переходя в кишечник. Как только уровень убывающей воды достигает сужения воронки, опускают ее над тазом, не переворачивая, до тех пор, пока вода не заполнит воронку. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки воздуха, комочки кала. Это содержимое воронки выливают в таз, воронку снова наполняют водой и так повторяют несколько раз (рис. 44),

Необходимо проследить, чтобы из кишечника выделилось не меньше жидкости, чем было введено. Чередую подъемы и снижения воронки, промывают кишечник, пока не прекратится отхождение газов и в воронку не будет поступать чистая вода. Иногда на сифонную клизму уходит до 10 л воды. Нужно следить, чтобы воронка при наполнении ее жидкостью была в наклонном положении и воздух не попал в кишечник, так как это может затруднить его промывание.

По окончании процедуры воронку снимают, моют и кипятят, а резиновую трубку оставляют в прямой кишке на 10—20 мин,



Рис. 45. Лекарственная клизма.

- баллон для масляной клизмы; б — шприц с резиновой трубкой для микроклизмы.

опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

Лекарственные клизмы. Если введение лекарственных веществ через рот невозможно или противопоказано, их можно вводить через прямую кишку, где они всасываются и быстро попадают в кровь, минуя печень. Лекарственные клизмы делятся на клизмы местного действия и общие. Первые применяются с целью уменьшения воспалительного процесса в толстой кишке, вторые — для введения в организм лекарственных или питательных веществ, иногда в течение длительного времени. Лекарственные клизмы в основном являются микроклизмами, так как их содержимое не должно превышать 50—100 мл. Набирают лекарственные вещества в обычный 20-граммовый шприц, в шприц Жане или резиновый баллончик вместимостью от 50 до 100 мл (рис. 45). Температура лекарственного вещества должна быть не ниже 40°C, так как более низкая температура способствует позывам на дефекацию и лекарство не всасывается. За 30—40 мин до лекарственной клизмы ставят очистительную и после полного опорожнения кишечника начинают вводить лекарство. Больной лежит на левом боку с согнутыми в коленях ногами, подтянутыми к животу. Резиновый катетер и шприц должны быть хорошо простерилизованными. Медицинская сестра раздвигает левой рукой ягодичы больного, а правой вращательными движениями вводит смазанный вазелиновым маслом катетер на 10—12 см в прямую кишку. Затем соединяет катетер со шприцем, в котором находится лекарственное вещество, и медленно выжимает этот раствор в катетер малыми порциями под небольшим давлением. Далее, придерживая и сжимая наружный конец катетера, чтооь

предотвратить вытекание из него жидкости, осторожно снимает шприц, насасывает в него воздух, снова соединяет с катетером и, чтобы протолкнуть оставшуюся в нем жидкость, продувает. Во избежание механического, термического и химического раздражения кишечника лекарство надо вводить в теплом изотоническом растворе хлорида натрия или с обволакивающим веществом (до 50 г отвара крахмала). Чаще всего в микроклизмах вводят обезболивающие, успокаивающие и снотворные вещества.

Капельная клизма. Для возмещения большой потери жидкости применяют лекарственные клизмы длительного действия (капельный метод введения). Вводят в большом количестве 5% раствор глюкозы с изотоническим раствором хлорида натрия. Для капельной клизмы пользуются той же системой, что и для очистительной, только в резиновую трубку, соединяющую наконечник с кружкой Эсмарха, вставляют капельницу с зажимом. Его завинчивают таким образом, чтобы жидкость из резиновой трубки поступала в прямую кишку не струей, а каплями. Зажимом регулируют и частоту капель (чаще всего 60—80 капель в минуту, т. е. 240 мл/ч). В сутки можно ввести капельным способом до 3 л жидкости. Кружку с раствором подвешивают на высоту 1 м над уровнем кровати. Так как эта процедура очень длительна, медицинская сестра должна следить, чтобы больной был хорошо укрыт и лежал в удобном положении. Вводимый раствор всегда должен быть определенной температуры (40—42°C), для этого к задней стенке кружки Эсмарха прикрепляют грелку и следят, чтобы она все время была теплой.

Питательные клизмы. В тех случаях, когда питательные вещества нельзя вводить через рот, их вводят через прямую кишку, что является одним из видов искусственного питания. Применение питательных клизм очень ограничено, так как в нижнем отрезке толстого кишечника всасываются только вода, изотонический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы, спирт, мясной бульон, сливки и частично белки и аминокислоты.

Питательные клизмы могут быть только дополнительным методом введения питательных веществ. Объем питательной клизмы не должен превышать стакана. Как правило, питательную клизму ставят через час после очистительной и полного опорожнения кишечника. Температура жидкости должна быть 38—40°C.

Для того чтобы клизма лучше удерживалась, к ней прибавляют 5—10 капель настойки опия. Ставить питательную клизму рекомендуется не чаще 1—2 раз в день, так как можно вызвать раздражение прямой кишки. Если же оно возникло, надо сделать перерыв в несколько дней.

Питательную клизму вводят медленно, под небольшим давлением, через глубоко вставленный мягкий наконечник резинового баллона. Больной лежит на левом боку с согнутыми в коленях ногами или на спине с приподнятым тазом. После клизмы больной должен спокойно лежать около часа.

Лучше всего питательные клизмы вводить капельным путем. Этот метод имеет некоторые преимущества: 1) жидкость, поступая в прямую кишку по каплям, лучше всасывается; 2) не растягивает кишечник и не повышает внутрибрюшное давление; 3) не вызывает перистальтику кишечника; 4) не препятствует выделению газов; 5) не вызывает болей. Для капельной клизмы готовят штатив, на который подвешивают кружку Эсмарха, питательные вещества разводят водой или глюкозой, подогревают, наконечник смазывают вазелином и вводят в прямую кишку. Весь период введения питательных веществ медицинская сестра должна наблюдать за больным.

Качество постановки клизм и эффект от них во многом зависят от знаний и ответственного отношения медицинской сестры. Нужно хорошо подготовить больного, все необходимые принадлежности и технически грамотно выполнить данную процедуру. Если больному разрешено ходить, его приглашают в специально отведенную комнату — клизменную, укладывают на топчан и не оставляют одного до полного опорожнения кишечника. Если же необходимо клизму делать в палате, желательнее возле кровати поставить ширму, чтобы не травмировать психику больного. После удаления подкладного судна обрабатывают область заднего прохода, удаляют ширму, проветривают палату в любое время года.

Масляные клизмы. Применяются при упорных запорах. Для одной клизмы берут 50—100 мл подогретого до температуры 37—38 °С масла подсолнечного, оливкового, конопляного или вазелинового. Вводят его обычно с помощью резинового баллона, через шприц или катетер, вводят на 10 см в прямую кишку. Масло растекается по стенке кишки, обволакивает кал, расслабляет кишечную мускулатуру и способствует выведению кала. Больной должен лежать спокойно в течение 10—15 мин, чтобы масло не вытекало.

Эмульсионные клизмы. Применяются —тяжелобольным, находящимся на постельном режиме. Заранее готовят 2 стакана настоя ромашки (1 столовая ложка ромашки на стакан кипятка), затем взбивают желток одного яйца с 1 чайной ложкой гидрокарбоната натрия, заливают настоем ромашки и добавляют 2 столовые ложки вазелинового масла или глицерина. Через 15—20 мин происходит полное опорожнение кишечника.

Общий уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

К важным условиям лечения больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта относятся организация правильного режима лечебного питания, обеспечение хорошего аппетита у больного и тщательный уход за полостью рта.

Медицинская сестра должна следить, чтобы больной полоскал рот после каждого приема пищи. Если он не в состоянии сделать это сам, медицинская сестра обрабатывает ему полость рта каким-либо дезинфицирующим раствором. Можно промывать полость рта из баллона. При протирании верхних коренных зубов нужно шпателем оттянуть щеку, чтобы не внести инфекцию в выводной проток околоушной железы.

Больных, находящихся на строгом постельном режиме, кормят в положении лежа с ложки небольшими порциями, приподняв голову или головной конец кровати. Шею и грудь закрывают салфеткой. Жидкую пищу можно давать больному из поильника.

Хорошо зная симптомы заболеваний органов пищеварения, медицинская сестра должна внимательно наблюдать за больными, у которых могут возникнуть те или иные осложнения. Если у больного язвенной болезнью желудка внезапно появляется рвота цвета кофейной гущи или дегтеобразный стул, что указывает на одно из частых осложнений — желудочное кровотечение, медицинская сестра немедленно сообщает об этом врачу, а до его прихода удобно укладывает больного, приподняв изголовье, не разрешает ему двигаться и разговаривать, на подложечную область кладет пузырь со льдом и не отходит от больного, пока ему не станет лучше. Все назначения врача по ликвидации кровотечения надо выполнять быстро. Нельзя класть больному грелку на живот, если медицинская сестра не знает точного диагноза или если имеется подозрение на острый живот.

Тяжелобольных, страдающих недержанием кала, необходимо часто подмывать, следить за чистотой постельного и нательного белья.

При рвоте больного нужно удобно уложить, а рвотные массы собрать в один сосуд и оставить до прихода врача в прохладном месте. Если рвотные массы необходимо отправить на исследование в лабораторию, их переливают в чистую баночку, на которую наклеивают этикетку с указанием фамилии больного, номера палаты и цели исследования.

Медицинская сестра всегда должна иметь набор инструментов, инвентаря, стерильного материала, необходимых для оказания неотложной доврачебной помощи.

Контрольные вопросы и задачи

1. Каковы основные симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта?
2. В чем состоит уход за больным при рвоте?
3. Какова техника осмотра полости рта и взятия мазка из зева и носа?
4. Каковы показания к промыванию желудка и как оно производится?
5. В чем заключается техника взятия желудочного сока тонким зондом и рН-метрическим способом?
6. Что такое пробные завтраки и какие существуют их виды?
7. В чем состоит подготовка больных к рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта?
8. Как производится дуоденальное зондирование?
9. Как взять кал для лабораторного исследования: общего, на скрытую кровь, дизентерию?
10. Каковы основные симптомы желудочно-кишечного кровотечения и неотложная помощь при нем?
11. Как правильно ввести газоотводную трубку?
12. Каковы правила применения подкладных суден, хранения и дезинфекции их?
13. Когда ставятся клизмы очистительные, сифонные, лекарственные, питательные? Какие необходимы для этого принадлежности?
14. В чем состоит общий уход за больными с желудочно-кишечными заболеваниями?
15. Какие виды эндоскопического исследования производятся в гастроэнтерологическом отделении?
16. У больного с язвенной болезнью желудка возникла рвота цвета кофейной гущи, он побледнел, понизилось артериальное давление, пульс нитевидный. Что должна сделать медицинская сестра?
17. Больному с язвенной болезнью желудка назначено исследование кала на скрытую кровь. Для чего производится это исследование? Как подготовить больного?
18. У больного появились тошнота, слюнотечение, рвота пищей. Поведение медицинской сестры?
19. Во время очистительной клизмы больного беспокоит метеоризм. Что должна сделать медицинская сестра?
20. Больному назначена лекарственная клизма. Какая нужна предварительная подготовка?
21. У больного с язвенной болезнью желудка появилась сильная изжога. Что нужно дать ему?
22. У больного частый и жидкий стул. Поведение медицинской сестры?
23. При взятии желудочного сока тонким зондом в одной из пробирок появились прожилки крови. Что нужно сделать?

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Основные симптомы заболеваний почек и мочевыводящих путей

Болезни почек относятся к тяжелым заболеваниям внутренних органов и часто приводят к серьезным осложнениям, поэтому медицинская сестра должна хорошо знать основные признаки этих заболеваний, их осложнения и уметь оказать доврачебную помощь. Основными симптомами заболеваний почек являются отеки, повышение артериального давления и боли в поясничной области.

Расстройство мочеотделения может проявляться обильным и частым мочеиспусканием, сопровождаться режущими и ноющими болями внизу живота, а также уменьшением количества выделяемой мочи. При отсутствии мочеиспускания и наличии позывов на него необходимо опорожнить мочевой пузырь. Для этого можно попытаться вызвать мочеотделение рефлекторным путем, воздействуя на центральную нервную систему. С этой целью применяют тепло: нужно положить грелку на низ живота, произвести орошение наружных половых органов, у женщин из кружки Эсмарха или проспринцевать их теплой водой, а у мужчин опустить половой член в теплую воду или сделать клизму из теплой воды. Если нет противопоказаний, больного можно поместить в теплую ванну. Иногда дает эффект звук льющейся из крана или кувшина в таз воды. В случае безуспешности этих мероприятий необходимо приступить к искусственному опорожнению мочевого пузыря — катетеризации.

Диурез — процесс образования и выделения мочи. Общее количество мочи, выщеляемой человеком в сутки, колеблется от 1000 до 1800 мл (0,7—1,2 мл в 1 мин), снижаясь при ограничении поступления жидкости в организм и увеличиваясь при приеме больших количеств жидкости. Минимальная величина диуреза определяется количеством воды и солей, необходимых для поддержания нормального осмотического давления в плазме крови. Количество мочи, выделяемой здоровым человеком за сутки, называется суточным диурезом. Суточный диурез зависит от условий питания, физической нагрузки, температуры и влажности окружающей среды, а также от других факто-

ров. в умеренном климате при обычных условиях питания и умеренной физической нагрузке здоровый человек выделяет в среднем 500 мл через кожу, 400 мл через легкие, 100 мл с калом и 1500 мл воды с мочой, причем [^]Д суточного диуреза приходится на дневные часы.

У пожилых людей, особенно у мужчин, может наблюдаться н и к т у р и я (выделение большей части суточного количества мочи ночью, а не днем) вследствие увеличения предстательной железы. При этом появляются учащенные позывы на мочеиспускание, моча выделяется небольшими порциями не сразу, а после натуживания, вялой, тонкой струйкой. Лечение этиологическое.

При н е д е р ж а н и и мочи она выделяется непроизвольно без позывов на мочеиспускание вследствие возрастного ослабления сфинктера мочевого пузыря и мышц промежности или нарушения функции центральной нервной системы. Медицинская сестра при уходе за такими больными должна следить, чтобы на постели поверх простыни была клеенка. Под больного необходимо подложить резиновый подкладной круг, часто подмывать его и следить, чтобы не возникали опрелости и пролежни. Ограничивается прием жидкости после 18 ч вечера. Медикаментозное лечение малоэффективно. Иногда дает эффект легкое вдыхание в полость носа препарата задней доли гипофиза — адиурекрина.

Медицинская сестра должна подсчитывать количество выпитой больным жидкости (включая суп, кисели и др.), а также собирать мочу в течение суток в одну посуду и измерять ее количество мерной колбой. Эти данные она вносит в историю болезни. При показаниях производится катетеризация мочевого пузыря.

Взятие иочи на лабораторное исследование

У всех больных, находящихся в терапевтическом отделении, обязательно берут мочу для лабораторного исследования. От правильной техники взятия мочи, подготовки посуды и больного зависят правильность результата исследования и точность постановки диагноза, поэтому медицинская сестра должна хорошо знать эти правила.

Моча образуется в почках и представляет собой жидкость соломенн.о-желтого цвета, прозрачную, без примесей. При стоянии ее в теплом месте появляется запах мочевины. В разное время суток моча имеет различный состав в зависимости от приема и характера пищи, количества выпитой жидкости, физической работы, температуры воздуха. Реакция мочи всегда кислая и

зависит от содержания в ней фосфатов. Щелочная реакция мочи обуславливается разложением мочевины под влиянием бактерий с образованием углекислоты и аммиака, что встречается при заболеваниях мочевого Делительной системы, неправильном и длительном хранении мочи, а также при собирании ее в грязную посуду. Количество мочи зависит от вводимой в организм жидкости и характера пищи. Соотношение между количеством выпитой жидкости и выделенной мочи называется водным балансом. Медицинская сестра должна следить за водным балансом больных и четко записывать его показатели в историю болезни.

Исследование мочи является важной составной частью общего обследования больного, позволяющей судить не только о функции почек, но и о наличии поражения ряда других органов и систем.

Сбор мочи для общего исследования. В общий анализ входит определение цвета, прозрачности, относительной плотности (удельного веса) мочи, ее реакции и наличия патологических элементов. Для общего исследования мочу берут утром после сна в количестве 100—200 мл и доставляют в лабораторию в течение 30—60 мин. Мочу следует брать в первое же утро после поступления больного в стационар и повторять исследование не реже одного раза в 10 дней. Мужчине накануне дают чистую бутылку с этикеткой, на которой указаны его фамилия, имя и отчество, число и цель исследования. Женщина перед взятием мочи должна подмыться. Ей дают чистую баночку, куда она мочится, а затем переливают мочу в чистую бутылку. Вся посуда должна быть хорошо вымыта во избежание получения неправильного результата исследования, что может привести к постановке ошибочного диагноза. Во время менструации брать мочу на исследование не рекомендуется; если же в этом есть необходимость, то мочу берут с помощью катетера, предварительно обработав наружные половые органы женщины дезинфицирующим раствором (фурадонин, слабый раствор перманганата калия и др.).

Длительное хранение мочи ведет к изменению ее физических свойств, размножению бактерий и разрушению элементов осадка мочи. Если нет возможности быстро доставить мочу в лабораторию, ее нужно поставить в прохладное место, чаще всего на кафельный пол в туалете.

Сбор суточной мочи. Первую утреннюю порцию мочи выливают и отмечают время. Последующие порции в течение суток собирают в одну посуду. Последний раз мочу берут утром следующего дня в отмеченное накануне время. От правильности сбо-

ра и доставки мочи в лабораторию зависит качество исследования.

Исследование мочи по методу Каковского — Аддиса. Перед взятием мочи женщина должна тщательно подмыться. Предварительно в бутылку добавляют консервант — несколько кристалликов тимола или два кристаллика формальдегида, или 0,5 мл хлороформа. Желательно хранить бутылку с мочой на холоде. По методу Каковского — Аддиса подсчитывают элементы мочи в счетной камере и пересчитывают на общую количество мочи в сутки. Норма лейкоцитов до 210×10^6 /сут, эритроцитов до 110^6 /сут, цилиндров до 3×10^6 /сут. По данному методу следует собрать мочу за 10 ч. В 22 ч больной должен опорожнить мочевой пузырь и стараться ночью не мочиться. Утром в 8 ч собирают всю утреннюю мочу в специальную бутылку, взятую в лаборатории.

Взятие мочи на диастазу. Берут 50 мл теплой свежей мочи без консерванта и направляют в лабораторию.

Исследование мочи по методу Амбурже. Мочу собирают за 3 ч. Утром ночную порцию мочи выливают, отмечают время и через 3 ч после тщательного туалета собирают мочу, желательно с помощью катетера. Мочу без консерванта доставляют в лабораторию, где подсчитывают в камере элементы мочи. Число лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров определяют в объеме мочи, выделенной в 1 мин. Норма: лейкоцитов до $2,5 \times 10^6$ /сут, эритроцитов до 110^6 /сут, цилиндров до 15.

Исследование мочи по Нечипоренко. Мочу после тщательного туалета собирают в любое время, но желательно доставлять в лабораторию утреннюю порцию. Элементы мочи подсчитывают в счетной камере, а содержание их делят на 1 мл. Норма: лейкоцитов до **4000** в 1 мл, эритроцитов до **1000** в 1 мл.

Определение функции почас. Большое диагностическое значение имеет определение способности почек концентрировать и выводить мочевину. Для этого применяется так называемая **проба по Зимницкому**, которая проводится в обычном водном и пищевом режиме. Принцип исследования основан на изучении приспособляемости почек к водному режиму в физиологических условиях. Противопоказаний к проведению пробы нет. Режим обычный. Больной в 6 ч утра опорожняет мочевой пузырь и эту порцию мочи выливает, а затем на протяжении суток мочится каждые 3 ч в отдельную посуду. Медицинская сестра накануне вечером готовит 8 чистых бутылок, на которые наклеивает этикетки с указанием фамилии, имени и отчества больного, а также порядкового номера бутылки. Таким образом, в течение суток больной должен мочиться 8 раз (ночью больных будят), начиная с 9 ч утра и кончая 6 ч следующего дня. Все 8 порции

мочи направляют в лабораторию, где в каждой порции измеряют ее количество и относительную плотность.

Гигиенический туалет необязателен. Если количество мочи в какой-то порции не вместились в одну бутылку, то остатки выливают в другую бутылку и на этикетке пишут «Дополнительное количество мочи к порции №». Если же в определенное время больной не мочится, то пустую бутылку все равно отправляют в лабораторию.

Измеряя количество мочи за сутки, определяют отдельно ночной и дневной диурез. Дневной диурез (с 9 до 18 ч) должен быть больше ночного и в норме составляет примерно $\frac{2}{3}$ общего диуреза. Количество мочи с 21 ч до 6 ч утра — ночной диурез. У здоровых лиц он составляет $\frac{1}{3}$ общего диуреза. Общее суточное количество мочи обычно равно 65—75% выпитой за сутки жидкости. Функциональная способность почек считается хорошей в тех случаях, когда дневной диурез превышает ночной и относительная плотность мочи колеблется от 1008 до 1025. Понижение относительной плотности мочи указывает на недостаточную функцию почек.

В физиологических условиях понижение относительной плотности мочи может наблюдаться при обильном употреблении жидкости, а увеличение — при сильном потоотделении и употреблении жидкости в небольшом количестве (сухоядение).

Катетеризация мочевого пузыря

Катетеризация — введение катетера в мочевой пузырь с целью выведения из него мочи, промывания мочевого пузыря, введения лекарственного вещества или извлечения мочи для исследования. Катетеризация требует особых мер предосторожности, чтобы не внести в мочевой пузырь микробы, так как его слизистая оболочка обладает слабо|1 сопротивляемостью к инфекции. Вследствие этого катетеризация должна производиться только в случае необходимости. Катетеризацию проводят с помощью мягких и твердых катетеров (рис. 46).

Мягкий катетер представляет собой эластичную резиновую трубку длиной 25—30 см и диаметром до 10 мм (№ 1—30). Верхний конец катетера закругленный, слепой. На небольшом расстоянии от него имеется боковое овальное отверстие. Наружный конец катетера косо срезан или воронкообразно расширен с тем, чтобы легче было вставлять наконечник шприца для введения лекарственных растворов и промывания мочевого пузыря.

Перед употреблением катетеры следует кипятить в течение 10—15 мин. Необходимо помнить, что в результате кипячения

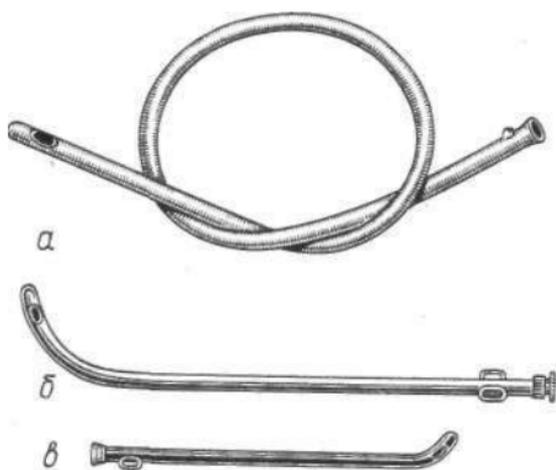


Рис. 46. Виды катетеров.

a — мягкий; *б* — металлический мужской; *в* — металлический женский.

катетеры постепенно теряют эластичность и становятся непригодными. После употребления их тщательно промывают теплой водой с мылом и протирают мягкой тряпкой. Хранят резиновые катетеры в длинных эмалированных или стеклянных коробках с крышкой, наполненных 2% раствором борной или карболовой кислоты, иначе они высыхают, теряют эластичность и делаются ломкими.

Твердый катетер (металлический) состоит из рукоятки, стержня и клюва (уретральный конец с двумя овальными отверстиями). Катетер закруглен и ниже отверстий не имеет просвета. Длина мужского катетера до 30 см, женского 12—15 см.

Введение катетера женщине (рис. 47). Перед процедурой медицинская сестра должна хорошо вымыть руки теплой водой с мылом, а ногтевые фаланги протереть спиртом и настойкой йода. Больную предварительно подмывают или делают спринцевание, если имеются вышеления из влагалища. Медицинская сестра или врач стоит справа. Левой рукой раздвигают половые губы, а правой сверху вниз (в направлении к заднему проходу) тщательно протирают наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала каким-либо дезинфицирующим раствором (раствор сулемы 1:1000, фурацилин, раствор оксицианистой ртути). Затем пинцетом берут женский катетер, смазанный стерильным вазелиновым маслом, и, найдя наружное отверстие мочеиспускательного канала, осторожно вводят катетер. Появление мочи из наружного отверстия катетера указывает на его нахождение в мочевом пузыре.

Когда моча перестанет самостоятельно выделяться, можно слегка надавить через брюшную стенку на область мочевого пузыря для выведения из него остаточной мочи, а затем уже медленно вывести катетер так, чтобы небольшое количество остаточной мочи вышло после извлечения катетера и обмыло мочеиспускательный канал. У женщин он имеет небольшую длину (4—6 см), поэтому катетеризация не представляет особой сложности.

Рис. 47. Введение катетера женщине.

^_ J L ^ ^-^^^^^^^»;ччччч'чччч' >н
, ' ^*ч ^*^ . ^^^

Если нужно взять мочу на посев, края стерильной пробирки фоводят над пламенем и после наполнения ее закрывают сте- ИЛЬНЮЮ ватной пробкой. Если катетеризация производится не- терильным катетером или грязными руками, в мочевоу пузырь юсходящим путем попадает инфекция и вызывает воспаление, что часто значительно отягощает состояние больной, поэтому медицинская сестра должна строго соблюдать правила асепти- :и и антисептики.

Введение катетера мужчине (рис. 48). Вводит катетер муж- чинам значительно труднее, так как мочеиспускательный канал у них имеет длину 22—25 см и образует два физиологических сужения, которые создают препятствия для прохождения кате- тера. Больной во время катетеризации лежит на спине со слегка согнутыми в коленях ногами; между стопами помещают «утку», лоток или кружку, куда по катетеру стекает моча. Медицинская сестра или врач берет в левую руку половой член и тщательно протирает его головку ватой, смоченной раствором борной кис- лоты. Предварительно смазанный стерильным вазелиновым маслом катетер берут пинцетом или стерильной марлевой сал- феткой в правую руку и постепенно, с небольшим усилием вводят в мочеиспускательный канал. Начинать катетеризацию надо резиновым катетером, который, будучи мягким и одновременно упругим, легко принимает любую форму, что облегчает воз- можность обхода имеющихся препятствий. Как только катетер войдет в мочевоу пузырь, появится моча.

Металлический катетер у мужчин вводит только врач.

Промывание мочевоу пузыря. Производится для механичес- кого удаления из него гноя, продуктов распада тканей или мел- ких камней, а также перед введением цистоскопа. Как правило,

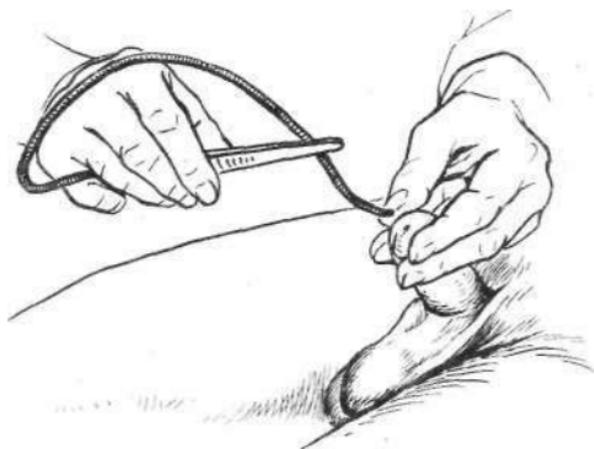


Рис. 48. Введение мягкого катетера мужчине

промывание мочевого пузыря делают с помощью резинового катетера. Предварительно устанавливают вместимость мочевого пузыря путем измерения количества мочи, выделенной за одно мочеиспускание. Положение больного на спине с согнутыми в коленях ногами, разведенными в бедрах, и приподнятым тазом. Эту процедуру можно производить в урологическом кресте. Промывают мочевой пузырь из кружки Эсмарха, на резиновую трубку которой надет катетер. Пользуются раствором борной кислоты (2%), перманганата калия (1 : 10 000), оксицианистой ртути (1:10 000). Инструменты должны быть стерильными. Вводят катетер и, спустив мочу, соединяют его с резиновой трубкой от кружки Эсмарха. Гфомывают мочевой пузырь до появления прозрачной жидкости и, если после этого не нужно вводить цистоскоп, заполняют мочевой пузырь наполовину раствором и катетер удаляют. После промывания больной должен находиться в постели 30—60 мин.

Если промывание производят лекарственными веществами, то его делают ежедневно или через день. Общее число промываний обычно 12—14.

Урологическая эндоскопия

Эндоскопия — визуальный метод исследования с помощью специальных оптико-механических осветительных приборов. Возможность визуального осмотра патологических тканей, динамического наблюдения за течением болезненного процесса делают эндоскопию важным диагностическим методом, который часто имеет основное значение для распознавания, оценки клинической картины и прогноза многих урологических заболеваний. Эндоскопические исследования в урологии и выполнение с их помощью лечебно-диагностических манипуляций сле-

дует рассматривать с точки зрения асептики как хирургическое вмешательство.

Основным эндоскопическим прибором в урологии является **эндоскоп**, который состоит из трех основных элементов: наружной трубки — тубуса, осветителя и оптической системы. В современных эндоскопах для освещения используют волоконные световоды. Для каждого органа имеются специальные эндоскопы: у р е т р о с к о п предназначен для освещения и осмотра мочеиспускательного канала с целью диагностики, выполнения ряда лечебных манипуляций и некоторых оперативных вмешательств. Ц и с т о с к о п выполняет функции смотрового и манипуляционного прибора: с его помощью осматривают слизистую оболочку мочевого пузыря, диагностируют заболевание и выполняют некоторые хирургические вмешательства.

В связи с тем что все эндоскопические исследования должны проводиться при строгом соблюдении правил асептики, они осуществляются в специальных помещениях, к которым предъявляются те же требования, что и к операционной. Рядом с эндоскопическим кабинетом располагается санузел, предназначенный только для обследуемых. Ни в коем случае нельзя объединять эндоскопический кабинет и перевязочную для урологических и хирургических больных.

Перед началом работы в эндоскопическом кабинете делают уборку влажным способом, протирают кресло, металлическую стойку и столы, на которых размещают стерильные инструменты и материалы. Медицинскую кушетку для осмотра больных застилают чистым бельем, меняя его после каждого больного.

Новые эндоскопические приборы извлекают из футляра-укладки, разбирают на составные части, тщательно моют мылом и мягкой щеткой под струей проточной теплой воды. Затем их вытирают насухо чистым полотенцем, приборы собирают и приводят в рабочее состояние. Перед употреблением тубусы, obturаторы и ватодержатели кипятят в течение 30 мин. Стерилизация цистоскопов производится либо в парах формалина в течение 24 ч либо в растворе окисианистрей ртути 1:1(KX) в течение 30 мин. Исследование проводят в специальном урологическом кресле, около которого находится металлическая стойка со стеклянным резервуаром (типа кружки Эсмарха вместимостью до 3 л), на высоте 1 м над больным. Резервуар градуирован по 100-мл.

Перед эндоскопическим исследованием необходимо произвести обезболивание. За час до исследования в прямую кишку вводят свечу с омнопонном или делают микроклизму из 100 мл теплой воды, в которой растворяют 0,5—1 г антипирина и 0,025 г промедола для анальгезирующего и противохолерадоч-

ного действия. Непосредственно перед цистоскопией в просвет уретры вводят 20 мл 20% раствора новокаина или 15 мл дикаина (3:1000) и через 10 мин начинают эндоскопию.

Перед исследованием медицинская сестра и врач обрабатывают руки проточной водой с мылом, а затем марлевой салфеткой, смоченной в спирте. Все эндоскопические исследования должны производиться в стерильных перчатках.

Врач осматривает больного, затем он мочится, раздевается до носков и нижней рубашки, на ноги надевают бахилы (специальные длинные чулки из хлопчатобумажной ткани) и ложится на урологическое кресло, помещая ноги на ногодержатели, широко разведенные в стороны. Под больного подкладывают клеенку, которую меняют после каждого исследования. Живот, таз и ноги закрывают простыней с разрезом, в который выводят половой член у мужчин или наружные половые органы у женщин. Женщинам перед исследованием струей раствора антисептика обмывают область наружных половых органов, затем врач левой рукой с помощью стерильных салфеток раскрывает половую щель, а правой дважды протирает наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором сулемы. После такой обработки проводят эндоскопическое исследование.

Цистоскопия — осмотр полости мочевого пузыря с помощью введенного в него специального прибора — цистоскопа. Цистоскоп имеет осветительную систему и оптику, позволяющую через прозрачную жидкость, введенную в мочевой пузырь, осмотреть при небольшом увеличении его полость и слизистую оболочку. Цистоскопия может быть произведена с помощью смотрового ирригационного цистоскопа, у которого оптику извлекают и заменяют промывной системой с двойным током.

Перед употреблением, чтобы предупредить раздражающее действие формалина, цистоскоп промывают дистиллированной водой, протирают этиловым спиртом и смазывают стерильным глицерином. Перед повторным применением цистоскоп дезинфицируют в течение 15—20 мин в растворе окисианистой ртути 1:1000. Оптическую систему цистоскопа протирают марлей, смоченной этиловым спиртом.

Больному перед процедурой делают очистительную клизму.

При хромоцистоскопии, с помощью которой определяют функцию почек, внутривенно вводят 5 мл 0,5—1% раствора индигокармина и затем через цистоскоп наблюдают за появлением из устьев мочеточников окрашенной мочи. У здорового человека она начинает выделяться из мочеточников через 3—5 мин после введения краски. При поражении од-

ной из почек выделение окрашенной мочи из соответствующего мочеточника будет запаздывать.

Обычно цистоскопию производят без обезболивания и лишь очень чувствительным (1 больным вводят в уретру за 5—10 мин до исследования 2—3% раствор новокаина или раствор дикаина 3:1000.

По окончании процедуры больным следует несколько часов соблюдать постельный режим. Для профилактики воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря назначают антибиотики. Медицинская сестра должна уметь подготовить к исследованию больного инструментарий и дезинфицирующие растворы.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию почек

Для определения положения почек, их размера, наличия камней и опухолей проводят рентгенологическое исследование. Для рентгенологического исследования почек и мочевыводящих путей применяются контрастные йодсодержащие вещества: сергозин, уротраст, трийотраст, верогност и др.

Медицинская сестра должна знать, что без хорошей подготовки больного необходимый эффект не будет достигнут, так как скопление газов в кишечнике препятствует исследованию. Для уменьшения метеоризма больной должен ограничить употребление ржаного хлеба, картофеля, молока и капусты за 2 дня до исследования. Накануне исследования и за 2 ч до него ставят очистительные клизмы. Непосредственно перед исследованием больной должен помочиться.

Общий уход за больным при заболеваниях почек и мочевыводящих путей

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей важно соблюдать правильную диету. Медицинская сестра должна строго следить за пищевым и питьевым режимом больных: особенно важно строгое ограничение поваренной соли, исключение различных копченостей, соленьев и маринадов. Больные должны получать стол № 7, обогащенный витамином С.

Необходимо следить за суточным диурезом. Мочу нужно собирать в течение суток в одну посуду, а утром записывать количество жидкости, выпитой за это время. Эти данные медицинская сестра ежедневно заносит в историю болезни.

У лиц, страдающих заболеваниями почек, кожа сухая, трескается, инфицируется, на ней легко появляются язвы и пролежни. Медицинская сестра должна ежедневно принимать меры

для профилактики пролежней: перестилать несколько раз постель, протирать кожу дезинфицирующими растворами, переворачивать больного и подкладывать под крестец резиновый подкладной круг. Очень важно своевременное опорожнение кишечника и мочевого пузыря. Медицинская сестра должна хорошо знать симптомы осложнений заболеваний почек, чтобы своевременно сообщить об этом врачу.

Необходимо строго выполнять все назначения врача, правильно проводить диагностические пробы и уметь своевременно подготовить больного к той или иной процедуре. Для профилактики инфицирования мочевого пузыря медицинская сестра должна строго следить за стерильностью катетеров. Отечественной промышленностью выпускаются специальные стерилизаторы для хранения и стерилизации эластических катетеров. Стерилизаторы имеют обтекаемую форму с герметически закрывающимся замком. Внутри имеются полочки, на которых размещают катетеры во всю длину. На нижнюю полочку кладут таблетки формалина, пары которого стерилизуют катетеры и обеспечивают их сохранность.

У ослабленных и тяжелобольных при расслаблении сфинктера мочевого пузыря наступает недержание мочи: она вытекает в неограниченном количестве или по каплям. Больной не может регулировать акт мочеиспускания, в связи с чем загрязняется постельное и нательное белье, появляется неприятный запах разложившейся мочи. Если больной находится в постели, ему подкладывают резиновое судно или часто дают мочеприемник (стеклянный или эмалированный). Лежачих больных, страдающих недержанием мочи, надо часто подмывать, менять постельное и нательное белье. Для ходячих больных, страдающих недержанием мочи, имеются мягкие мочеприемники, которые представляют собой резиновый резервуар, прикрепляющийся к туловищу при помощи лент. Мочеприемники необходимо ежедневно мыть горячей водой с мылом и для уничтожения запаха мочи ополаскивать слабым раствором хлористоводородной кислоты или перманганата калия.

Контрольные вопросы и задачи

1. Каковы основные симптомы заболеваний почек и мочевыводящих путей?
2. Что такое диурез и как его измерить?
3. Как взять мочу для общего исследования?
4. В чем состоит подготовка женщин к взятию мочи катетером?
5. В чем особенности взятия мочи на сахар, диастазу и кетостероиды-Как собрать мочу для исследования по методу Каковского—Алдиса, Нечипоренко, Амбурже?
6. Каковы цель постановки пробы по Зимницкому и ее техника?

7. Как собрать мочу для посева?
8. Каковы симптомы расстройства мочеиспускания?
9. Как производится катетеризация женщин?
10. Как производится катетеризация мужчин?
11. Как правильно подготовить инструментарий к промыванию мочевого пузыря?
12. В чем заключается общий уход за больными с заболеваниями почек?
13. Как подготовить больного к рентгенологическому исследованию почек?
14. В чем состоят особенности работы медицинской сестры в эндоскопическом отделении?
15. Что относится к урологической эндоскопии?
16. У пожилого больного отмечается никтурия. Что должна делать медицинская сестра?
17. В нефрологическое отделение поступил больной с отеками лица и туловища. Что ежедневно должна делать сестра и что необходимо исключить и ограничить в рационе питания.
18. У тяжелобольного с почечной недостаточностью отмечаются покраснение и сухость кожи в области крестца. Что это такое и какие мероприятия нужно провести?

Глава XV

ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Пограничные со смертью состояния возникают как в условиях стационара, так и в быту. Медицинской сестре иногда приходится сталкиваться с состоянием клинической смерти, с предагональным и агональным состоянием больного и от ее знаний и четкой работы нередко зависит его жизнь.

Агония относится к терминальным состояниям организма и является обратимым этапом умирания. Характеризуется глубоким нарушением функций коры полушарий головного мозга с одновременным возбуждением центров продолговатого мозга. Агонии предшествует предагональное состояние, во время которого отмечаются расстройства гемодинамики и дыхания. Резко падает артериальное давление, прогрессирует угнетение сознания, снижается электрическая активность мозга, нарастает кислородное голодание всех органов и тканей, все более усиливающееся по мере умирания и приближения агонии.

Переходным этапом от предагонального периода к агонии является так называемая терминальная пауза, которая характеризуется внезапным прекращением дыхания и угасанием роговичных рефлексов. Длится терминальная пауза от нескольких секунд до 3 мин, после чего наступает агония. Вначале исчезает болевая чувствительность, угасают все рефлексы, происходит

потеря сознания. Основным признаком агонии является нарушение дыхания, которое может быть слабым, редким или, наоборот, коротким с максимальным вдохом и быстрым полным выдохом с большой амплитудой дыхания. При каждом вдохе голова запрокидывается, рот широко раскрывается. Ритм сердечных сокращений постепенно замедляется, пульс становится нитевидным, еле прощупывается, частота его 20—40 в минуту. Артериальное давление снижается до 10—20 мм рт. ст. Иногда могут развиваться ригидность затылочных мышц и общие тонические судороги. Происходят непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Температура тела резко снижается. Продолжительность агонии зависит от вызвавших ее причин.

Период после прекращения дыхания и сердцебиения называется клинической смертью. Это состояние обратимо, при нем возможно полное восстановление всех функций организма, если в клетках головного мозга не наступили необратимые изменения. Организм больного остается жизнеспособным в течение 4—6 мин. При этом сознание отсутствует, кожные покровы бледны и цианотичны, зрачки предельно расширены. Своевременно принятые реанимационные меры могут вывести больного из этого состояния или предотвратить его. Все лечебные мероприятия должны быть направлены на поддержание и восстановление угасающих функций организма.

Особенности ухода за тяжелобольными и агонирующими

В стационаре и на дому у больных могут возникнуть различные осложнения, что значительно отягощает их состояние и может привести к смерти. Исход заболевания во многом зависит от тщательного ухода и наблюдения за больным.

Особенностью ухода за тяжелобольными является постоянное наблюдение за их внешним видом, частотой пульса и уровнем артериального давления. Оставлять тяжелобольных на длительное время без присмотра категорически запрещается. Так как тяжелобольные все время находятся в постели, нужно, чтобы она была удобной и содержалась в чистоте. Желательно тяжелобольных изолировать в одноместную или двухместную палату, где легче обеспечить им покой как в ночное, так и в дневное время.

К особенностям ухода за тяжелобольными относятся также изменение положения тела, своевременная смена белья, подкладывание резинового круга под крестец, протирание кожи каким-либо дезинфицирующим раствором (камфорный спирт, водка, одеколон, раствор для протирания кожи и др.), обработка полости рта и др. Кормить тяжелобольного следует часто, и

небольшими порциями, стараясь удовлетворить его желания в пределах назначенной диеты.

Если больной находится в бессознательном состоянии, питательные вещества вводят капельно: внутривенно или через прямую кишку. Пища, вводимая в рот из поильника, должна быть теплой и жидкой. Если нельзя поднимать голову больного, на конец поильника надевают резиновую трубку небольшого диаметра. Ее вводят в рот больного, поднимают и слегка опускают поильник, тогда пища в объеме одного глотка равномерно попадает в рот.

Медицинские сестры должны следить за физиологическими отправлениями больных, так как у них нередко наступает паралич сфинктера прямой кишки и мочевого пузыря и происходят непроизвольные мочеиспускание и дефекация. В таких случаях под ягодицы нужно подложить резиновое судно, а под простыню — клеенку. Если же нательное или постельное белье загрязнилось испражнениями, медицинская сестра должна немедленно сменить его для профилактики пролежней и предотвращения неприятного запаха от больного.

В особенно тщательном наблюдении нуждаются больные, находящиеся в возбужденном состоянии, с бредом и галлюцинациями: они вскрикивают, встают, могут убежать из палаты, выброситься в окно. К постели таких больных прикрепляют специальную сетку и устилавливают индивидуальный сестринский пост. Категорически запрещается при больном говорить о его состоянии, обсуждать тяжесть его состояния и т. д.

Агонирующих больных переводят в отделение интенсивной терапии. В период агонии выраженность всех предшествующих явлений нарастает. При осмотре больного можно отметить отвисание нижней челюсти, заострение носа. Щеки вваливаются, роговица тускнеет, цвет лица становится землисто-серым. Может наступить паралич сфинктеров, вследствие чего происходят непроизвольные дефекация и мочеиспускание.

Все лечебные мероприятия сводятся к восстановлению угасающих функций. Необходимо установить индивидуальный сестринский пост, на который назначают самых опытных и высококвалифицированных медицинских сестер. Находясь неотлучно при больном, медицинская сестра следит за его состоянием, ухаживает за ним и выполняет все назначения врача.

Утром- медицинская сестра индивидуального поста должна сделать полный туалет больного: протереть зубы и язык, промыть полость рта, умыть лицо, обтереть все тело, подмыть больного. Затем нужно перестелить постель, расправить простыни и взбить подушки. Перестилать постель и перекладывать больного на дому медицинская сестра должна с помощью родственников.

Работа и оснащение отделения интенсивной терапии

Организация отделений реанимации является отражением прогрессивного принципа дифференцированного (постадийного) подхода к обслуживанию больных в зависимости от тяжести их состояния. Существуют три основных типа этих отделений: 1) отделения или группы палат для интенсивной терапии послеоперационных больных; 2) специализированные отделения реанимации; 3) отделения анестезиологии и реанимации общего профиля.

Наиболее распространенным типом являются отделения анестезиологии и реанимации общего профиля, предназначенные для проведения реанимационных мероприятий больным в терминальном состоянии. Организация труда персонала отделений анестезиологии и реанимации отличается рядом специфических особенностей, обусловленных чрезвычайной тяжестью состояния обслуживаемых больных, насыщенностью отделения разнообразным медицинским и техническим оборудованием. Продуманная система размещения оборудования и аппаратуры, четкое распределение обязанностей персонала в соответствии с требованиями НОТ приобретают особое значение, так как от их соблюдения иногда зависит жизнь больного. Сосредоточение больных, находящихся в тяжелом состоянии, в специальных отделениях позволяет обеспечить диагностику и лечение на современном уровне.

В этих отделениях устанавливается система дистанционного наблюдения за больными, включающая:

1) аппаратуру непрерывного контроля за состоянием жизненно важных функций — различные кардиомониторы. В последние годы разработан аппаратный комплекс, который обеспечивает одновременный контроль за состоянием четырех больных посредством измерения и регистрации семи физиологических параметров (ЭКГ, сердечный ритм, частота дыхания, температура тела, артериальное давление, частота сердечных сокращений, пульс). Современные видеомониторные системы не только передают информацию о состоянии основных физиологических функций, но и с помощью микрокомпьютеров производят логический анализ этой информации, своевременно оповещая персонал сигналом тревоги о грозящих или начинающихся неблагоприятных изменениях в состоянии больного;

2) средства телевизионного наблюдения за состоянием больных;

3) средства сигнализации для экстренного вызова медицинского персонала (система больной — медицинская сестра, ме-

дицинская сестра — врач). Система сигнализации может быть создана путем использования серийно выпускаемого промышленностью устройства модернизированной больничной сигнализации по безрелейной схеме.

Отделение интенсивной терапии должно располагаться вблизи круглосуточно действующей операционной и приемного отделения и должно иметь отдельный вход для доставки больных, минуя приемное отделение.

Показания электронных установок не могут в полной мере заменить наблюдения специалистов, так как регистрируемые данные содержат лишь часть необходимых сведений. Кроме того, у больных, находящихся в состоянии возбуждения, или при длительной работе аппарата некоторые показатели могут не соответствовать действительному состоянию), поэтому в палатах интенсивной терапии круглосуточно дежурят медицинские сестры, лаборанты и врачи. Больные находятся в отделении реанимации до полной и стойкой нормализации обменных процессов и жизненно важных функций.

Организация работы медицинской сестры в отделении интенсивной терапии

Интенсивная терапия — прежде всего неотложное выполнение назначенных врачом экстренных манипуляций и лечебных мероприятий на высоком профессиональном уровне. Для этого требуется четкая организация труда медицинской сестры и высокая ее квалификация. Кроме специальных медицинских знаний, она должна обладать необходимым минимумом технических и лабораторных навыков, уметь пользоваться наркозными аппаратами и кислородными установками. От медицинской сестры, работающей в палате интенсивной терапии, во многом зависит успех лечения. За короткий срок медицинская сестра должна выполнить множество разнообразных срочных манипуляций, лечебных назначений, процедур, подготовить инструментарий и осуществлять непосредственный уход за тяжелобольными.

Отделение интенсивной терапии состоит из реанимационного зала, в котором проводятся необходимые реанимационные мероприятия с момента поступления больного до улучшения его состояния, и 8 палат. В 7 палатах (по 2 койки в каждой) находятся больные, нуждающиеся в постоянном наблюдении, проведении искусственного дыхания, массивном переливании крови, подключении искусственной почки и т. д. В некоторых больницах имеются одноместные палаты, пребывание в которых благоприятно действует на психику больного, создает больший комфорт и уменьшает риск внутрибольничной инфек-

ции. в каждой палате, кроме функциональной кровати и необ-
ходимой аппаратуры, должен находиться индивидуальный сест-
ринский столик со стерильными инструментами и шкафчик
с необходимыми для данного больного медикаментами на
сутки.

Одна палата на 6 коек предназначена для нахождения боль-
ных, выведенных из угрожающего состояния.

Реанимационное отделение оборудовано централизованной
подачей кислорода, звуковой сигнализацией, респираторами раз-
личных марок, передвижной рентгеновской установкой, набо-
рами инструментов, системами для переливания крови, холо-
дильниками с кровью, плазмой и плазмозаместителями.

Принцип работы в палатах интенсивной терапии отлича-
ется от принципа работы палатных медицинских сестер тем, что
здесь медицинская сестра должна непрерывно наблю-
дать за больным, его общим состоянием, кожными покровами,
частотой пульса, уровнем артериального давления. Она долж-
на немедленно сообщать врачу о малейшем ухудшении состоя-
ния больного, уметь оказать ему срочную доврачебную помощь
при внезапном нарушении дыхания, кровообращения или поте-
ре сознания. Очень важно вести четкую документацию основных
показателей гемодинамики (пульс, артериальное давление).
Через определенные интервалы времени медицинские сестры
заполняют специальные карточки, в которых отмечают состоя-
ние больного.

Жизнь больных в палатах интенсивной терапии нередко
зависит от того, насколько быстро им будет оказана помощь
при ухудшении состояния. Иногда счет идет на минуты. Такая
ограниченность во времени не позволяет медицинской сестре
тратить его на поиск нужного медикамента, доставку из друго-
го отделения необходимого инструментария или аппаратуры
и др., поэтому палаты интенсивной терапии должны быть за-
ранее обеспечены готовыми наборами для венесекции, венепун-
кции, внутриартериального нагнетания крови и ее заменителей,
готовыми к употреблению системами для переливания крови и
кровезаменителей. Все указанные наборы должны находиться
в строго отведенных для этого местах, чтобы медицинская сестра
могла, не теряя ни минуты, подать их врачу, как только в этом
возникнет необходимость. У медицинской сестры должен быть
неприкосновенный запас таких фармакологических средств,
как кортизон, гидрокортизон, норадреналин, морфин, манни-
тол, мочевины, гемодез, фуросемид, строфантин, коргликон,
камфора. Кроме того, в палате интенсивной терапии всегда
должны быть инсулин, раствор хлорида калия, 5% стерильный
и 40% растворы глюкозы в ампулах, изотонический раствор

хлорида натрия. АТФ, кокарбоксилаза, реополиглокин, консервированная кровь для переливания и др.

На столике для внутривенных вливаний должны находиться стерильный сосуд вместимостью 50 мл с изотоническим раствором хлорида натрия или дистиллированной водой для разведения лекарств, баночки со стерильными ватными шариками, смоченными в спирте, стерильные салфетки, стерильные инъекционные иглы, которые следует хранить в металлической коробочке со спиртом, стерильные шприцы емкостью 20, 10, 5, 2 и 1 мл, стерильная и готовая к употреблению система для капельного вливания.

В отделениях интенсивной терапии часто возникают ситуации, требующие проведения безотлагательных диагностических и лечебных мероприятий, поэтому на посту у медицинской сестры должны быть все необходимые предметы ухода за больными: подголовники, подкладные судна, поильники, пузыри для льда, грелки, клизменные принадлежности, газоотводные трубки, кислородные подушки. Вступая на дежурство, медицинская сестра обязана проверить, чтобы вся аппаратура и оборудование находились в состоянии полной готовности. Аппараты желательно ставить на передвижные тележки. Нужно иметь кардиостимулятор и деревянный щит, подкладываемый под спину больного, если возникла необходимость закрытого массажа сердца.

Медицинские сестры, работающие в реанимационном отделении, должны быть всегда собранными, быстро ориентироваться в обстановке, правильно оценивать состояние больного, не теряться при его ухудшении, четко выполнять все назначения врача. Следовательно, от медицинской сестры, приступающей к работе в палате интенсивной терапии, требуется не только психологическая перестройка, связанная со сменой обычного ритма работы и навыков, но и пересмотр организационных форм профессиональной деятельности.

Медицинские сестры реанимационного отделения должны в совершенстве владеть такими сложными методами реанимации, как искусственное дыхание и непрямой (закрытый) массаж сердца, сочетая в себе таким образом навыки постовой, процедурной и анестезиологической сестры.

Непрямой (закрытый) массаж сердца (рис. 49). Непосредственная задача непрямого массажа сердца — восстановить циркуляцию крови в организме, т. е. поддержать кровообращение в жизненно важных органах при отсутствии сердечной деятельности. Чем раньше начат массаж сердца, тем лучше эффект. Следует помнить, что от момента остановки сердца до развития в головном мозге необратимых изменений проходит не бо-

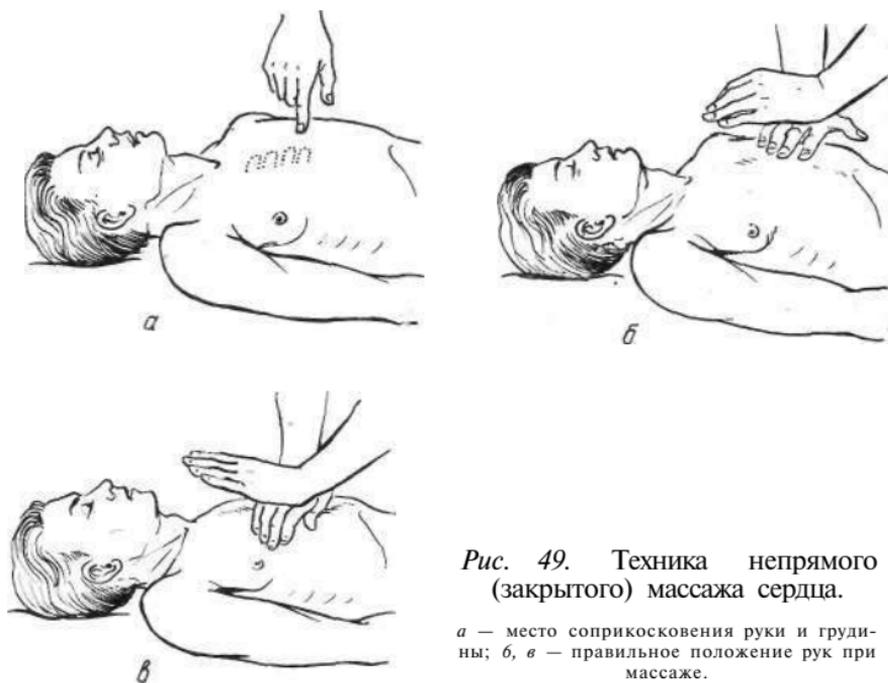


Рис. 49. Техника непрямого (закрытого) массажа сердца.

а — место соприкосновения руки и грудины; *б, в* — правильное положение рук при массаже.

лее 4—6 мин. Именно в этот отрезок времени должны быть начаты и осуществлены реанимационные мероприятия.

Для успешного проведения непрямого массажа сердца необходимо поместить больного на жесткую поверхность. Если внезапная смерть наступила на койке с пружинным матрацем, то нужно положить больного так, чтобы грудной отдел позвоночника пришелся на твердый край матраца, а голова при этом свисала вниз. Снимают с больного рубашку, обнажив область сердца. Медицинская сестра становится сбоку и помещает одну ладонь на нижнюю треть грудины больного, а другую ладонь накладывает на первую. Руки сестры должны быть выпрямлены, а ее плечевой пояс должен находиться над грудной клеткой больного. Массаж осуществляется 50—60 раз в минуту энергичным резким надавливанием на грудину больного с использованием массы своего тела так, чтобы грудину смещалась на 3—4 см к позвоночнику. При этом сердце сдавливается между грудиной и позвоночником и кровь выбрасывается из желудочков в аорту и легочную артерию, т. е. осуществляется искусственное кровообращение. При прекращении давления на грудину она поднимается и сердце наполняется кровью из полых вен. Перелом ребер не является противопоказанием к проведению дальнейшего непрямого массажа сердца. Массаж считается эффективным, если появляются пульсация крупных сосудов

В ритме массажа, дыхательные движения и исчезает цианоз, сужаются расширенные до того зрачки (рис. 50).

При неэффективности непрямого массажа переходят к прямому массажу сердца, который производит врач.

Массаж сердца, как непрямой, так и прямой, сопровождается искусственной вентиляцией легких, которая производится с целью периодического замещения в них воздуха при отсутствии или недостаточной естественной вентиляции.

Искусственная вентиляция легких (искусственное дыхание). Показана не только при

остановке самостоятельного дыхания, но и при грубых его нарушениях, особенно в предагональном и агональном состояниях.

Существуют два способа искусственного дыхания: рот в рот и рот в нос. Основным условием эффективности искусственного дыхания является максимальная запрокинутость головы кзади. При этом корень языка и надгортанник смещаются кпереди и открывают свободный доступ воздуха в гортань. При искусственном дыхании по способу рот в рот медицинская сестра стоит сбоку от больного. Одной рукой она сжимает крылья его носа, другой слегка приоткрывает рот за подбородок, вставляет в ротовую полость больного S-образный воздуховод, отесняющий язык и надгортанник, делает глубокий вдох и прижимается своими губами к воздуховоду, а затем делает энергичный резкий выдох, после чего отводит свою голову в сторону. При этом грудная клетка больного заметно расширяется. Такое дыхание продолжают до тех пор, пока не появится самостоятельное дыхание больного.

При искусственном дыхании рот в нос вдувание воздуха производят в носовые ходы больного. Для этого рот больного сестра закрывает ладонью или прижимает нижнюю губу к верхней.

Искусственное дыхание сочетают с непрямом массажем сердца и проводят 12—15 раз в минуту — одно энергичное вдувание на 4—5 надавливаний на грудную клетку. В момент вдувания воздуха массаж приостанавливается не более чем на 3 с. При сохраненной сердечной деятельности частота вдуваний



Рис. 50. Одновременное проведение наружного массажа сердца и искусственной вентиляции легких.

должна быть большей: 20—25 в минуту. Значительно снижает эффект искусственного дыхания, если голова больного не разогнута, воздух при этом попадает не в дыхательные пути, а в пищевод и желудок, если плохо сжаты крылья носа, ритм дыхания не синхронен с массажем сердца и т. д.

Проведение искусственного дыхания значительно облегчается применением мешка Рубена («Амбу РДА-1»), который представляет собой саморасправляющийся резиновый баллон со специальным клапаном, или меха РДА-1. При сжатии меха ийи мешка воздух поступает в маску и в легкие больного, а выдох осуществляется в атмосферу. При использовании мешка Рубена необходимо проследить, чтобы верхние дыхательные пути были проходимы, а маска плотно прижата к губам больного.

Медицинская сестра отделения интенсивной терапии вместе с врачом осматривает каждого больного и заводит специальные листы назначения, в которых отмечает выполнение манипуляций. Если назначение врача почему-либо невыполнимо, медицинская сестра в этом же листе должна объяснить причину. В течение всей смены медицинская сестра не имеет права покидать пост, поэтому у старшей медицинской сестры надо заранее получить все необходимое на сутки.

В конце смены медицинская сестра подсчитывает количество выпитой, введенной и выделенной жидкости у каждого больного, записывает эти данные в истории болезни и передает их вместе с другими сведениями сменяющей ее медицинской сестре. На утренней конференции дежурившие ночью медицинские сестры докладывают врачам о состоянии каждого больного, сообщая сведения о температуре тела, диурезе, состоянии сна, поведении больного, изменениях в его состоянии, работе диагностической и лечебной аппаратуры.

Очень важен гигиенический режим отделения. Он должен быть таким же, как в операционной. Весь персонал, приходя на работу, полностью переодевается. При уходе за больными необходимо надевать маску. Все сотрудники других отделений при входе в отделение интенсивной терапии должны надевать тапочки и бахилы. В каждой комнате должны быть раковина с горячей и холодной водой, мыло, полотенце и 0,5% раствор хлорамина или диоцида 1:5000 для дезинфекции рук, который наливают в кружку Эсмарха и вешают рядом с раковиной. Большое значение имеет установление бактерицидных ламп во всех помещениях отделения для стерилизации воздуха. В тех реанимационных отделениях, где имеются инфекционные больные, должны быть боксированные палаты с отдельными входами. Персонал, входящий к этим больным, обязан надевать

специальные халаты, находящиеся при входе в бокс, и снимать их после ухода из бокса. Инвентарь для уборки должен находиться отдельно от общего инвентаря и иметь свою маркировку.

Работа медицинской сестры в отделении реанимации очень ответственна. Она всегда должна быть спокойной, выдержанной, а действия ее — четкими и уверенными, на высоком профессиональном уровне. Неуравновешенные и равнодушные лица не должны допускаться к работе в этих отделениях.

Если реанимационные мероприятия не приводят к восстановлению функции кровообращения и дыхания, наступает **биологическая смерть**. Признаки биологической смерти: полное прекращение дыхания, отсутствие пульса и сердцебиения, мертвенная бледность кожных покровов, расслабление мускулатуры, в том числе опущение вниз нижней челюсти, исчезновение блеска глаз, потеря чувствительности, постепенное охлаждение тела, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет. Позднее наступает окоченение мышц, начинающееся с нижней челюсти и затылка, охватывающее мышцы всего тела через 6—8 ч и продолжающееся в течение нескольких дней, появляются трупные пятна, вначале на спине, наружных поверхностях плеч.

Правила обращения с трупом. Смерть больного констатирует врач, отмечая в истории болезни точное время ее наступления. Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми конечностями, подвязывают нижнюю челюсть, опускают веки, накрывают простыней и оставляют в постели на 2 ч. Только после образования трупных пятен медицинская сестра пишет на бедре умершего фамилию, имя и отчество, номер истории болезни, дублируя эти данные на специальной сопроводительной записке в морг, в которой указывает также диагноз и дату наступления смерти. Труп переносят в патологоанатомическое отделение, где производят вскрытие.

Трупы лиц, умерших от особо опасных инфекций (холера, чума и др.), заворачивают в простыши, смоченные раствором сулемы или карболовой кислоты, затем помещают в наглухо закрывающиеся гробы, на дно которых кладут толстый слой опилок, торфа или других веществ, способных поглотить трупные выделения, и сжигают.

Вещи умершего и ценности должны быть сданы родственникам под расписку. Это делает старшая медицинская сестра, которая должна проследить, чтобы вещи и ценности были сняты с умершего и записаны в специальную тетрадь; если снять их не удастся, это фиксируют в истории болезни. Личные вещи больных, умерших от особо опасных инфекций, после смерти сжигают вместе с трупом.

Контрольные вопросы и задачи

1. В чем специфика отделения интенсивной терапии;
2. Какая работа выполняется медицинской сестрой в отделении интенсивной терапии и наблюдения?
3. Чем должны быть оснащены палаты интенсивной терапии?
4. Что относится к реанимационным мероприятиям?
5. Какой тип отделения реанимации наиболее распространен?
6. Как производится непрямой массаж сердца? Какие для этого необходимы принадлежности и в каком положении должен находиться больной?
7. Как проводится искусственное дыхание? Какое при этом должно быть положение больного?
8. В чем заключается организация ухода за больными в реанимационном отделении?
9. Каковы особенности ухода за больными, находящимися в бессознательном состоянии, и агонирующими?
10. Каковы признаки клинической смерти? Поведение сестры у постели больного?
11. Каковы признаки биологической смерти?
12. Как обращаться с трупом?
13. У больного невозможно определить пульс, прекратилось дыхание, расширены зрачки. Поведение медицинской сестры?
14. В общей палате больной находится в бессознательном состоянии, у него бред, галлюцинации. Поведение сестры у постели больного?
15. У больного установлена клиническая смерть. Какие мероприятия необходимы для восстановления угасающих функций организма?
16. У больного наступила биологическая смерть. Что должна сделать медицинская сестра?

Глава XVI

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В последнее десятилетие плодотворно развивается наука, изучающая явления старения всех живых организмов, в том числе человека. Эта наука называется **геронтологией** и изучает закономерности, механизмы и проявления старения.

Старость — закономерно наступающий заключительный возрастной период. С. П. Боткин и И. И. Мечников придерживались представления о существовании физиологического и преждевременного старения. Преждевременное старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений чаще всего вследствие перенесенных заболеваний или действия неблагоприятных факторов внешней среды, которые снижают или извращают приспособительные возможности организма и способствуют преждевременному старению. Ф и з и-

ологическая старость характеризуется сохранением умственного и физического здоровья, определенной степени работоспособности, контактности и интереса к окружающему. Физиологическое старение — новый уровень приспособительных механизмов, поддерживающих жизнедеятельность различных систем и органов. С возрастом в организме человека постепенно развиваются изменения во всех физиологических системах и происходит приспособление их к пониженным возможностям. Так, закономерно изменяются с возрастом острота зрения, слуха, эластичность тканей, показатели обмена веществ, эластичность стенок кровеносных сосудов и т. д.

В советской действительности пожилой человек — это создатель социалистического общества, а не отживающий иждивенец его, член этого общества, заслуживающий уважения и внимания. Мы являемся свидетелями того, как повышение благосостояния населения, общей и санитарной культуры, забота государства и общества в нашей стране влияют на сохранность здоровья населения и определяют его возможности в достижении активного долголетия.

В СССР за период с 1926 по 1980 г, относительное число лиц 60 лет и старше возросло в 2 раза. Если до Великой Октябрьской социалистической революции средняя продолжительность жизни была 37 лет, то по последней переписи населения (1979) она возросла до 73 лет. В связи с тем что средняя продолжительность жизни постепенно увеличивается, соответственно отодвигаются и те возрастные границы, после которых человека следует считать долгожителем. Условно принято считать долголетием возраст 80 лет, а лица старше 90 лет называются долгожителями, или макробиотами. В СССР к концу XX века будет насчитываться 57 млн. пожилых людей.

Важным фактором сохранения здоровья для пожилых людей является профессиональная занятость, поэтому советское правительство обеспечило стимулирование работающих пенсионеров, предоставив им возможность получения, кроме заработной платы, 100 или 50% пенсии. Основными факторами активного долголетия являются труд, правильно организованный и приносящий удовлетворение отдых, рациональное питание, активный двигательный режим, доброжелательные отношения между людьми.

Для старости характерно медленное нарастание патологических процессов, в связи с чем болезни протекают нетипично, что свидетельствует об общем снижении уровня реактивных процессов. Основную патологию у лиц пожилого и старческого возраста составляют хронические заболевания: атеросклероз сосудов мозга и сердца, сахарный диабет и многие другие. Про-

цесс «накопления» хронических болезней начинается постепенно, с 45—50 лет, поэтому их профилактику надо начинать заранее.

В СССР лица пожилого и старческого возраста получают бесплатную медицинскую помощь, оказываемую широкой сетью лечебных учреждений. Потребность в госпитализации населения в возрасте 60 лет и старше почти в 3 раза превышает аналогичный показатель для всего населения. Чтобы оказать необходимую помощь больным старшей возрастной группы, медицинская сестра должна не только знать возрастные изменения различных органов и систем, но и хорошо отличать возрастные сдвиги от болезней, требующих профилактики и лечения. Уход за больными пожилого и старческого возраста более сложен и требует от медицинского персонала больше внимания и времени.

Главный принцип ухода — уважение к личности больного, терпимое отношение к его физическим и психическим недостаткам (раздражительность, разговорчивость, иногда слабоумие и др.).

Медицинская сестра должна знать, что определенные черты служат проявлением заболевания и соответствующий уход и лечение могут значительно облегчить состояние больного. Весь комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий должен быть направлен на восстановление работоспособности больного, а в случае невозможности — на восстановление его подвижности и способности к самообслуживанию. Успех ухода в значительной мере зависит от психологического контакта пожилых больных с медицинским персоналом, внимание и оптимизм которого являются одним из самых мощных факторов.

Общий уход за больными пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Часто у них нарушается сон, в связи с чем они днем дремлют, а ночью бодрствуют. Медицинская сестра должна попытаться изменить часы сна, выяснить причину бессонницы и по возможности устранить ее. Снотворные разрешается давать строго по назначению врача. Важными факторами, обеспечивающими хороший ночной сон, являются чистый воздух в палате (18—22°C), теплое и легкое одеяло, спокойная обстановка, легкий массаж спины, а иногда и теплое питье. Вследствие возрастных изменений в костно-суставной системе больных часто беспокоят боли в ночное время. Для облегчения болей в позвоночнике необходимо сделать постель более удобной, поместить деревянный щит под надматрасник, чтобы кровать не прогибалась под тяжестью тела. При болях в суставах нужно следить за правильным положением конечностей в постели и в случае надобности положить их на подушки. Важно следить, чтобы больной соблюдал постельный режим, по назначе-

нию врача своевременно принимал медикаменты, массаж, делал ЛФК.

Если больному разрешается гигиеническая ванна, медицинская сестра должна предварительно подготовить ванное помещение и присутствовать при этой процедуре. Температура воздуха должна быть не ниже 25°C, нельзя допускать сквозняков. На полу возле ванны должен быть деревянный настил или лежать резиновый коврик, чтобы больной не поскользнулся и не упал, что может привести к перелому конечностей. Медицинская сестра помогает больному войти в ванну, куда заранее должна быть налита вода нужной температуры. Обычно больным пожилого и старческого возраста назначают душ, который они принимают стоя, сидя или лежа на специальной кушетке. Так как частые гигиенические ванны с применением мыла вызывают у таких больных сухость и зуд кожи, применяются шампуни, детское мыло, содержащее большое количество жира. При наличии перхоти голову моют сульфеновым мылом.

Необходимо помнить, что кожа у престарелых больных легкоранима, чувствительность ее нарушена, на ней легко развиваются трудно поддающиеся лечению изъязвления, воспалительные процессы, пролежни. В случае применения горячей грелки легко возникают ожоги кожи. Поэтому за такими больными необходим особо тщательный индивидуальный уход. Кровать должна быть не выше 60 см и иметь приспособление для перевода больного в сидячее положение (функциональная кровать). Ее нужно часто перестилать, следить, чтобы на постельном белье не было крошек, складок, заплат. Необходимо чаще поворачивать больного, если позволяет его состояние, и при покраснении кожи растирать ее сухим полотенцем из грубой ткани. После каждого акта дефекации и мочеиспускания больного нужно подмывать. При недержании мочи очень быстро появляются опрелости и пролежни. Для предупреждения их необходимо подложить под больного резиновое судно, чаще подмывать, насухо вытирать кожу промежности и смазывать любым жиром или кремом. Кожу лежачих больных нужно ежедневно осматривать на спине, крестце и под лопатками — в местах, где чаще всего образуются пролежни. Ногти на конечностях у пожилых людей ломкие и твердые, поэтому перед стрижкой их следует смазать каким-либо жиром, лучше всего касторовым маслом.

В пожилом и старческом возрасте часто нарушена функция кишечника, что чаще всего проявляется упорными запорами вследствие ослабления перистальтики (прием бесшлаковой пищи, недостаточная двигательная активность и т. д.). В таких случаях ежедневные очистительные клизмы противопоказаны, так как вызывают привыкание и раздражают слизистую оболочку

ку кишечника. Для борьбы с запорами в рацион нужно включать продукты, богатые клетчаткой; яблоки, сливы, чернослив (16 штук на ночь залить кипятком, настоять и выпить в теплом виде, кефир на ночь с прибавлением 1 столовой ложки подсолнечного масла, черный хлеб), настой трав (кору крушины, жостер, лист сенны, ромашку или бессмертник настоять в течение 1—2 ч, процедить и пить по 1/2 стакана в день за 30 мин до еды; хранить в прохладном месте). Ежедневно рекомендуется выпивать натощак стакан холодной воды.

При выпадении геморроидальных узлов акт дефекации становится болезненным, а иногда невозможным. Поэтому до начала дефекации нужно вставить в прямую кишку свечу с красавкой или глицерином, а после акта подмыть область заднего прохода теплой водой с мылом, хорошо смазать жиром и, если возможно, вправить узлы в задний проход.

Иногда образуются каловые камни, которые давят на стенку прямой кишки и могут быть причиной образования в ней пролежней. При этом требуется механическое удаление затвердевших каловых масс. Для этого под больного подкладывают судно, медицинская сестра надевает резиновую перчатку, смазывает вазелином, вводит И палец в прямую кишку и механически удаляет затвердевшие каловые массы по частям. Затем ставят мыльную очистительную клизму (10 г детского мыла на 1 л теплой воды).

В процессе старения в нервной системе человека наступают значительные сдвиги, тесно связанные с атеросклеротическими изменениями сосудов мозга. Происходят нарушения со стороны высшей нервной деятельности, характеризующиеся снижением работоспособности, ухудшением внимания, памяти, расстройством сна, эмоциональной неустойчивостью и т. д. Возрастные изменения нервной системы, снижение ее приспособительных реакций обуславливают значительную вялость функций нервной системы, ответных реакций на раздражение, быструю их истощаемость и замедленное восстановление. У лиц пожилого и старческого возраста часто наблюдаются неврологические заболевания, а также нарушения психики: психозы, депрессивные состояния (тревога, страх, бредовые идеи и др.). В уходе за такими больными роль медицинской сестры особенно велика. Ее поведение и реакции оказывают на психику больного огромное влияние. Психотерапия должна проводиться всем медицинским персоналом. Цель ее — формирование правильного отношения больного к своему заболеванию, стимулирование воли к выздоровлению, отвлечение внимания от навязчивых мыслей о своем заболевании. Если у больного подавленное состояние.

он заторможен, речь медленная и тихая, необходимо доложить об этом врачу.

Одним из основных факторов лечения больных пожилого и старческого возраста является правильное и рациональное питание, в основе которого лежит концепция сбалансированного питания. Питание должно быть полноценным и умеренным. По рекомендациям ВОЗ для лиц в возрасте 60—70 лет содержание калорий в суточном рационе должно составлять 79% от количества калорий (2800—3200 ккал) в суточном рационе человека в возрасте 20^30 лет, а для лиц старше 70 лет — 69%. Калорийность должна снижаться в основном за счет уменьшения углеводов (хлеб, сахар, кондитерские изделия, картофель) и жиров животного происхождения (свинина, баранина, сало и др.). Пожилые люди должны употреблять больше жиров растительного происхождения (подсолнечное, кукурузное, оливковое масло), которые содержат ненасыщенные жирные кислоты, способствующие снижению концентрации холестерина в крови и тем самым замедляющие атерогенез. Потребность стареющего организма в белках значительно не изменяется по сравнению со зрелым возрастом и остается в пределах 1,2 г на 1 кг массы тела больного (120 г в сутки). Количество минеральных солей и микроэлементов с возрастом не изменяется, однако употребление поваренной соли должно быть ограничено до 6—8 г в сутки. Об этом обязательно должна знать медицинская сестра. Жидкость ограничивают только при наличии отеков. Лицам пожилого и старческого возраста необходимы витамины. Особенно важно увеличить в рационе содержание витамина С (аскорбиновая кислота), который уплотняет кровеносные сосуды и активно участвует в процессе усвоения пищевых веществ. Наибольшее количество витамина С находится в черной смородине, шиповнике и зеленом луке, поэтому данному контингенту больных нужно давать настой шиповника и свежую черную смородину, протертую с сахаром.

У лиц старческого возраста часто отсутствуют зубы, что приводит к плохому пережевыванию пищи, пониженному усвоению ее в желудке и кишечнике, а в результате этого к нарушению функции желудочно-кишечного тракта. Таким больным необходимо давать полужидкую, хорошо протертую пищу небольшими порциями 4 раза в день. Если имеются съемные протезы, после каждого приема пищи их следует вымыть, а на ночь поместить в стакан.

У больных пожилого и старческого возраста при длительном применении медикаментов нередко развиваются побочные явления и лекарственная аллергия. В связи со структурными и функциональными изменениями желудочно-кишечного тракта всасы-

вание медикаментов, назначаемых внутрь, с возрастом уменьшается. Поэтому ряд препаратов, поступающих в организм, всасывается в меньшем количестве и замедленно. Особенно изменяется их выделение в связи со снижением функции почек, печени, кожи, ослаблением обмена веществ: медикаменты медленно выводятся из организма и длительнее циркулируют в кровяном русле. Снижение обезвреживающей функции печени способствует накоплению в организме введенных препаратов и продуктов их распада. Все это обуславливает возникновение лекарственной интоксикации. Поэтому таким больным необходимо ограничить количество лекарств и назначать их в индивидуальной дозировке с учетом водного и пищевого рациона, а также диуреза. Проведение медикаментозной терапии в гериатрической практике требует большой осторожности. В условиях стационара медицинская сестра должна лично дать лекарство больному и проследить, чтобы оно было принято.

Контрольные вопросы и задачи

1. Что такое геронтология!
2. Какие вы знаете типы старения?
3. Какие физиологические особенности имеются у лиц старших возрастных групп?
4. Кто считается долгожителем?
5. Каковы особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста?
6. У больного задержка стула с образованием каловых камней. Что должна сделать медицинская сестра?
7. Больной пожилого возраста с нарушением кровообращения III стадии просит грелку к ногам. О чем в такой ситуации должна помнить медицинская сестра?

ПРИЛОЖЕНИЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ОБЩЕМУ УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ В КАБИНЕТЕ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ И В СТАЦИОНАРЕ

Курс «Общий уход за больными» рассчитан только на практические занятия. Они проводятся в кабинетах училища (доклиническая практика) и в стационарах.

Задача курса состоит в: 1) тщательном изучении основных обязанностей и условий работы медицинской сестры; 2) усвоении правил общего ухода за больными с основами медицинской этики и деонтологии; 3) полном освоении учащимися медицинских манипуляций, входящих в учебную программу.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Доклиническая практика проводится для приобретения необходимых практических навыков перед направлением учащихся в стационар. В кабинетах доклинической практики учащиеся осваивают манипуляции и элементы ухода, которые можно выполнить на фантомах, муляжах, куклах, манекенах и друг на друге, максимально приближая их к условиям работы в стационаре. Учащиеся усваивают навыки наложения компрессов, постановки горчичников, банок, измерения температуры, ведения температурных листов, смены постельного белья и транспортировки тяжелобольных, методику антропометрии, а также впервые овладевают техникой внутримышечных и подкожных вливаний, самостоятельно разбирают и стерилизуют шприцы, учатся определять пульс и артериальное давление. Под руководством преподавателя проделывают все манипуляции, необходимые в дальнейшей работе.

Каждый учащийся должен самостоятельно проделать все манипуляции и только тогда может быть допущен к выполнению задания у постели больного.

Примерный поурочный план занятий в кабинете доклинической практики.

Занятие 1

1. Личная гигиена медицинской сестры.
2. Приготовление постели.
3. Переноска и перекаладывание больных с каталки на постель.
4. Антропометрия.

Цель занятия — выработать у учащихся навыки личной гигиены (правильно надевать халат, косынку, мыть руки щеткой); умение приготовить постель; научить правильно ставить каталку к постели и переносить больного с каталки на постель; обучить антропометрии. Взвешивание, измерение роста и определение окружности груди учащиеся проводят друг у друга.

Занятие 2

1. Составление и выписка порционника.
2. Измерение температуры тела и вычерчивание температурных кривых.
3. Меры воздействия на кровообращение.

На этом занятии учащиеся самостоятельно составляют порционники, учатся правильно обращаться с градусниками, чертят температурные кривые, заносят данные измерения температуры в температурный лист. Впервые учатся готовить и ставить горчичники, банки, согревающие компрессы, наполнять грелки и пузыри со льдом.

Для лучшего усвоения материала можно применить к некоторым манипуляциям алгоритмы — последовательность действия.

Пример. Как подать грелку больному;

- 1) наполнить грелку горячей водой на %;
- 2) вывести воздух путем нажатия на грелку до появления воды;
- 3) хорошо завинтить пробку;
- 4) проверить на гремечность;
- 5) завернуть в полотенце;
- 6) подать больному.

Занятие 3

*

Способы применения лекарственных веществ: 1) най'жное — капли, мази, присыпки; 2) перентральное.

Проведение практического занятия по данной теме имеет особо важное значение: учащиеся первый раз берут в руки шприц, овладевают навыками его разбора и собирания, осваивают правила стерилизации.

Необходимо, чтобы учащиеся приобрели навыки работы со стерильными предметами (пинцеты, шприцы, иглы), несмотря на то что инъекции они будут выполнять на фантомах. Руки, шприцы и иглы учащиеся готовят по всем правилам асептики и антисептики.

Последовательность сбора шприца:

- 1) снять крышку со стерилизатора;
- 2) поднять сетку со шприцами и иглами;
- 3) захватить левой рукой цилиндр стерильным пинцетом;

- 4) захватить правой рукой головку поршня стерильным пинцетом;
- 5) вращательными движениями вставить поршень в цилиндр;
- 6) продвинуть поршень до конца цилиндра;
- 7) левой рукой взять цилиндр снаружи;
- 8) пинцетом в правой руке надеть иглу;
- 9) хорошо притереть иглу;
- 10) V пальцем придержать головку поршня, II пальцем — муфту иглы.

Занятие 4

1. Определение пульса.
2. Определение артериального давления.
3. Подсчет дыхательных движений.
4. Пользование кислородной подушкой.
5. Различные виды плевательниц и их дезинфекция.
6. Пользование ингаляторами.

На данном занятии учащиеся друг у друга определяют пульс, измеряют артериальное давление, подсчитывают дыхательные движения и записывают в температурный лист.

Последовательность определения артериального давления:

- 1) наложение манжеты;
- 2) соединение манжеты с баллоном;
- 3) закрытие вентиля на баллоне;
- 4) постепенное нагнетание воздуха в манжету;
- 5) медленное открытие вентиля на баллоне;
- 6) определение максимального давления;
- 7) определение минимального давления;
- 8) отсоединение трубки с баллоном от манжеты;
- 9) снятие манжеты.

Занятие 5

1. Осмотр полости рта, зева, глотки.
2. Знакомство с устройством кружки Эсмарха, подкладными суднами, газоотводной трубкой.
I Знакомство с зондами — желудочными и доуденальными.
4. Постановка очистительной клизмы на фантоме.
5. Подготовка и введение лекарственных клизм различными баллонами.

Осмотр рта, зева, глотки учащиеся производят друг у друга. Берут мазки из зева и носа стерильным материалом.

Очистительные, сифонные и лекарственные клизмы учащиеся хорошо отрабатывают на специальных фантомах, имеющих в каждом кабинете доклинической практики.

Последовательность очистительной клизмы:

- 1) закрыть кран на резиновой трубке;
- 2) надеть чистый наконечник;
- 3) проверить целостность наконечника;
- 4) смазать наконечник вазелином;

- 5) наполнить кружку Эсмарха на % водой комнатной температуры;
- 6) открыть кран на резиновой трубке и заполнить систему путем вывода небольшого количества воды через резиновую трубку;
- 7) закрыть кран на резиновой трубке;
- 8) ввести наконечник больному;
- 9) открыть кран на резиновой трубке;
- 10) поднять кружку Эсмарха на 1 м над кушеткой;
- 11) ввести жидкость в кишечник;
- 12) закрыть кран на трубке;
- 13) вывести наконечник;
- 14) снять наконечник;
- 15) обработать кружку Эсмарха после очистительной клизмы и простерилизовать наконечники.

Занятие 6

1 Знакомство с различными катетерами для катетеризации мочевого пузыря.

2 Применение мочеприемников и их дезинфекция.

3 Постановка пробы по Зимницкому.

На данном занятии учащиеся стерилизуют катетеры и проводят катетеризацию мочевого пузыря на специальных фантомах.

Для пробы по Зимницкому готовят бутылочки и наклеивают на них этикетки. Отрабатывают технику сбора мочи на сахар (теоретически). Промывают мочевой пузырь на фантоме.

Доклиническая практика, в процессе которой учащиеся упражняются в некоторых основных приемах медицинской техники на фантомах и друг на друге, значительно облегчает встречу с больными на первых практических занятиях в лечебных учреждениях. После таких занятий учащиеся с большей уверенностью определяют соответствующие манипуляции на больных.

Важным звеном подготовки учащихся является практическое обучение их в лечебных учреждениях. Основная цель — привить учащимся навыки, необходимые для дальнейшей самостоятельной работы. На занятиях в лечебных учреждениях учащиеся воспитывают у себя чуткость, тактичность, внимательность по отношению к больному, чувство ответственности.

Учащиеся должны твердо усвоить медицинские манипуляции, применяемые во всех отделениях стационаров, поликлиниках, здравпунктах и уметь самостоятельно их выполнять.

Перечень практических навыков по общему уходу за больными в 8 кабинете доклинической практики и 3 стационаре

1 Влажная уборка палат. Приготовление 10%, 0,5% и 1% растворов хлорной извести.

2. Смена постельного и нательного белья.
- 1 Проведение санитарной обработки больных (стрижка волос, ногтей, проведение гигиенической ванны).
- 4 Контроль за санитарным состоянием тумбочек.
5. Уход за волосами, ушами, глазами.
6. Уход за кожей. Ежедневный туалет.
- 7 Обработка полости рта тяжелобольным.
8. Подмывание больных.
9. Подача судна, мочеприемника, их дезинфекция.
10. Профилактика, лечение пролежней, применение резинового круга.
- 11 Уход за больными с недержанием мочи и кала.
- 12 Наблюдение за внешним видом и состоянием больного.
13. Определение пульса, его характеристика, графическая запись.
14. Подсчет дыхательных движений, графическая запись.
15. Раздача пищи больным с учетом лечебного стола.
16. Кормление тяжелобольных.
17. Постановка питательной клизмы.
18. Контроль за посещением больных и передачей продуктов.
19. Транспортировка больных.
- 20 Приготовление постели больного.
21. Пользование функциональной кроватью и другими приспособлениями для создания удобного положения больному.
22. Выписка и получение лекарственных средств из аптеки, их хранение.
- 23 Учет, хранение ядовитых и сильнодействующих веществ.
24. Раскладывание, раздача лекарств для внутреннего употребления.
25. Раздача лекарств по индивидуальной схеме.
- 26 Разведение антибиотиков.
- 27 Подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции.
28. Введение жидкости капельным способом (в кабинете до-клинической практики).
- 29 Применение мазей, йода, присыпок.
- 30 Пользование ингалятором.
- 31 Введение капель в глаза, ухо, нос.
- 32 Постановка банок, горчичников, компрессов.
33. Приготовление и применение грелки.
34. Применение пузыря со льдом.
- 35 Применение пиявок. Уход за кожей после применения пиявок.
36. Подача увлажненного кислорода.
- 37 Катетеризация мочевого пузыря.
38. Очистительные, сифонные клизмы, микроклизмы, гипертонические клизмы.
39. Введение газоотводной трубки.
- 40 Промывание желудка.
- 41 Сбор шприцев и набирание лекарств из ампул.

42. Заполнение системы для парентерального введения жидкости (в кабинете доклинической практики).
- 42 Подготовка больного для рентгенографии позвоночника, желудка, кишечника.
44. Взятие крови из вены больного (на фантоме в кабинете доклинической практики).
- 45 Осмотр полости рта. Взятие мазка из зева, носоглотки.
- 46 Собираение на исследование мочи, кала, мокроты. Направление их в лабораторию.
47. Проведение пробы по Зимницкому.
48. Собираение мочи для пробы по Каковскому — Аддису, Нечипоренко, Амбурже.
49. Приготовление шариков, салфеток, тампонов.
50. Приготовление палочек.
51. Стерилизация шприцев, игл методом кипячения.
52. Измерение артериального давления.
53. Измерение суточного диуреза.
54. Измерение температуры тела и регистрация результатов измерения.
55. Измерение роста, объема грудной клетки, взвешивание.
56. Регистрация в журнале поступающих в стационар больных.
57. Регистрация в журнале выписывающихся больных.
58. Регистрация в журнале тяжелобольных.
59. Заполнение паспортной части истории болезни.
60. Выборка назначений из истории болезни.
61. Прием и сдача дежурств.
62. Выписка требований на лекарства.
- 63 Оформление направлений (в лабораторию, консультацию, на процедуры).
- 64 Констатация смерти и обращение с трупом.
65. Помощь при рвоте.
- 66 Наложение резинового жгута.
- 67 Помощь при желудочных, кишечных, легочных и носовых кровотечениях.
68. Помощь при болях в сердце.
- 69 Помощь при отравлениях.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	^	^
Глава I. Уход за больными в работе медицинской сестры.		5
Задачи медицинской сестры по уходу за больными.		5
Научная организация труда (НОТ) в работе медицинской сестры		7
Моральный облик медицинской сестры.		9
•Глава II. Медицинская этика и деонтология.		13
Глава III. Основные типы лечебных учреждений.		16
Амбулатории.		16
Поликлиники.		17
Здравпункты.		18
Диспансеры.		19
Женские консультации.		19
Медико-санитарные части.		20
Станции скорой медицинской помощи.		20
Больницы.		22
Обязанности младшей медицинской сестры.		27
Устройство поста медицинской сестры.		30
Лечебно-охранительный режим.		31
Глава IV. Медсестринская документация. Прием и сдача дежурств		33
Глава V. Приемное отделение больницы.		39
Оборудование помещения приемного отделения	39
Работа медицинской сестры в приемном отделении.		40
Санитарная обработка больного.		43
Транспортировка больного в отделение.		47
Глава VI. Личная гигиена больного.		50
Устройство постели.		51
Смена постельного и нательного белья.		51
Уход за кожей и профилактика пролежней.		54
Подмывание.		57
Спринцевание.		58
Уход за полостью рта.		59
Уход за глазами.		60
Уход за ушами.		62
Уход за носом.		63
Уход за волосами.		63
Глава VII. Питание больных.		64
Состав пищи.		66
Организация лечебного питания больных в стационаре.		67
Характеристика диет.		70
Искусственное питание.		79
Глава VIII. Температура тела и ее измерение.		82
Измерение температуры тела и наблюдение за ней.		82
Уход за лихорадящими больными.		86

Глава IX. Меры воздействия на кровообращение.	S9
Горчичники.	89
Банки.	90
Пиявки.	93
Компрессы.	95
Грелки.	97
Пузырь для льда.	98
Водолечение.	99
Глава X. Выписывашо и хранение лекарств. Способы введения лекарственных веществ.	Ю]
Выписывание лекарств.	101
Хранение лекарств.	102
Способы введения лекарственных веществ.	104
Наружное применение лекарственных веществ.	104
Внутреннее (энтеральное) введение лекарственных веществ.	106
Парентеральное введение лекарственных веществ.	107
Глава XI. Наблюдение и уход за больными с нарушением функций дыхательной системы	131
Общие симптомы заболеваний органов дыхания.	132
Оксигенотерапия.	136
Общий уход за больными при заболеваниях органов дыхания.	140
Организация работы медицинской сестры пульмонологического отделения.	141
Глава XII. Наблюдение и уход за больными с нарушением функций сердечно-сосудистой системы.	142
Определение пульса.	143
Определение артериального давления.	145
Общий уход за больными при заболеваниях органов кровообращения.	148
Организация работы медицинской сестры кардиологического отделения.	150
Глава XIII. Наблюдение и уход за больными с нарушением функций органов пищеварения.	152
Осмотр целостности рта.	155
Зондирование желудка.	156
Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка.	162
Дуоденальное зондирование.	163
Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желчного пузыря и желчных путей.	166
Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.	167
Техника введения газоотводной трубки.	168
Применение подкладных суден.	169
Взятие кала на лабораторное исследование.	17"
Подготовка больного к рентгенологическому исследованию толстого кишечника.	171
Эндоскопические исследования желудочно-кишечного тракта.	172
Клизма.	175
Общий уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.	183
Глава XIV. Наблюдение • уход за больными с нарушением функций почек и мочевыводящих путей.	185
Основные симптомы заболеваний почек и мочевыводящих путей.	185
Взятие мочи на лабораторное исследование.	186
Катетеризация мочевого пузыря.	189
Урологическая эндоскопия.	192
Подготовка больного к рентгенологическому исследованию почек.	195

общий уход за больными при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.195
Глава XV. Отделение интенсивной терапии.197
Особенности ухода за тяжелобольными и агонирующими.198
Работа и оснащение отделения интенсивной терапии.200
Организация работы медицинской сестры в отделении интенсивной терапии.201
Глава XVI. Особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста.208
Приложение.215

ЛЮБОВЬ СЕМЕНОВНА ЗАЛИКИНА
Общий уход за больными

Зав. редакцией *С. Д. Крылов*
Редактор *Е. В. Безменова*
Редактор издательства *В. Ю. Лернер*
Художественный редактор *С. М. Лымина*
Технический редактор *В. И. Табенская*
Корректор *Н. П. Фокина*

ИБ № 3956

Сдано в набор 27.12.83. Подписано к печати 30.08.84. Т-02654.
Формат бумаги 84X108'/з2. Бумага офс. кн.-журн. Гарнитура
Тайме. Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,76. Усл. кр.лтг. 23,62.
Уч.-изд. л. 14,13. Тираж 170.000 экз. Заказ № 27. Цена 45 к.
Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина»,
103062, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, г. Ярославль, ул. Свободы, 97.

Из плана выпуска учебной литературы
издательства «Медицина» на 1985 г.

ПОКРОВСКИЙ в. и., БУЛКИНА И. Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии: Учебник — 6-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985 (1кв.)—15 л.—75 000 экз.

В шестом издании (пятое вышло в 1979 г.) с учетом достижений медицинской науки изложены сведения об эпидемическом процессе, мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями, общих принципах профилактики, диагностики и лечения, режиме инфекционных отделений и больниц. Особое внимание уделено роли медицинской сестры в организации лечебного процесса и ухода за инфекционными больными. В специальной части даны основные сведения о наиболее распространенных инфекционных болезнях.

Учебник соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначен для учащихся медсестринских отделений медицинских училищ. План 1985 г.

Акушерство и гинекология: Учебник/КРЕТОВА Н. Е, СМИРНОВА Л. М./Под ред. Л.В. Ваниной.— М.: Медицина, 1985 (I кв.)—20 л., ил. - 100 000 экз.

В учебнике изложены основы физиологического течения беременности родов, послеродового периода и периода новорожденности. Рассмотрены виды акушерской и гинекологической патологии и неотложной помощи при них. Представлены основы организации акушерско-гинекологической помощи в СССР, подчеркнута преимущество советской системы охраны здоровья матери и ребенка. Значительное внимание уделено вопросам асептики и антисептики. Отражены вопросы этики и деонтологии в работе медицинской сестры акушерско-гинекологического учреждения.

Учебник соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначен для учащихся медсестринских отделений медицинских училищ. План 1985 г.

Книги издательства «Медицина» поступают для продажи в специализированные книжные магазины и магазины, имеющие отделы медицинской литературы.