УДК 616-083(072.8)
ББК 53.5
О-75

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Авторы:
Ж.Г. Тигай, О.А. Доготарь, В.С. Сопетик,
Д.Л. Шек, Л.Г. Ахуба, Н.Г. Косцова

О-75 **Основы ухода за больными в терапевтической клинике** : учебно-методическое пособие / Ж. Г. Тигай, О. А. Доготарь, В. С. Сопетик, Д. Л. Шек, Л. Г. Ахуба, Н. Г. Косцова. – Москва : РУДН, 2016. – 81 с.

ISBN 978-5-209-07275-1

Для студентов I–II курса, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело».

Подготовлено в Центре симуляционного обучения Медицинского института РУДН.

УДК 616-083(072.8)
ББК 53.5

ISBN 978-5-209-07275-1

© Тигай Ж.Г., Доготарь О.А., Сопетик В.С., Шек Д.Л., Ахуба Л.Г., Косцова Н.Г., 2016
© Российский университет дружбы народов, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Глава 1. ***Организация работы отделений лечебного учреждения терапевтического профиля.*** 1.1. Типы лечебных учреждений: амбулатория, поликлиника, диспансер, медико-санитарная часть, станция скорой помощи, больница. 1.2. Организация работы приемного отделения: устройство и оснащение приемного отделения, прием и регистрация больных, санитарная обработка больных, заполнение паспортной части истории болезни, виды транспортировки больных в отделение. 1.3. Организация работы терапевтического отделения стационара. 1.4. Понятие о лечебно-охранительном режиме. 1.5. Вспомогательные диагностические отделения.	9
Глава 2. ***Инструктаж по технике безопасности младшего медицинского персонала на рабочем месте. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии.*** 2.1. Инструктаж по технике безопасности младшего медицинского персонала. 2.2. Основные правила условий труда младшего медицинского персонала терапевтического отделения. 2.3. Особенности работы младшего медицинского персонала в реанимационном отделении. 2.4. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии.	21
Глава 3. ***Гигиена палаты. Личная гигиена больных. Питание больных.*** 3.1. Гигиена палаты. 3.2. Личная гигиена больных. 3.3. Понятие о лечебном питании, диетических столах. 3.4. Кормление тяжелых и ослабленных больных.	25

3.5. Понятие об искусственном питании.	
Глава 4. ***Методы обследования пациента. Термометрия. Понятие о лихорадке.*** 4.1. Общие понятия о методах исследования пациента (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация; лабораторные, инструментальные, функционально-диагностические методы исследования). 4.2. Термометрия. Способы и правила измерения температуры тела. 4.3. Понятие о лихорадке. Типы лихорадок.	29
Глава 5. ***Способы применения лекарственных средств. Особенности хранения лекарственных средств.*** 5.1. Способы введения лекарственных средств (энтеральный, парентеральный, ингаляционный, наружный). 5.2. Особенности хранения лекарственных средств.	33
Глава 6. ***Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания.*** 6.1. Общие понятия о методах исследования больных с заболеваниями органов дыхания: расспрос, общий осмотр, осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация. 6.2. Дополнительные методы исследования органов дыхания (рентгенологические, ФВД, бронхоскопия и т.д.). 6.3. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания. 6.4. Правила сбора мокроты для исследования. 6.5. Понятие о небулайзере, использование небулайзера, карманного ингалятора. 6.6. Оксигенотерапия. 6.7. Понятие об основных симптомах и синдромах при заболеваниях органов дыхания, первая помощь.	37

Глава 7. ***Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения.*** 7.1. Общие понятия о методах исследования больных с заболеваниями органов кровообращения: расспрос, общий осмотр, осмотр области сердца, пальпация, перкуссия, аускультация. 7.2. Исследование пульса, измерение артериального давления. 7.3. Дополнительные методы исследования (ЭКГ, ЭХО-КГ и т.д.). 7.4. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения: создание удобного положения в постели, профилактика пролежней, наблюдение за водным балансом, взвешивание. 7.5. Понятие об основных симптомах и синдромах. Первая помощь при неотложных состояниях: боли в области сердца, стенокардия, повышение артериального давления, сердечная недостаточность, сосудистая недостаточность.	44
Глава 8. ***Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения.*** 8.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями органов пищеварения: расспрос, общий осмотр, осмотр полости рта, живота, пальпация, перкуссия, аускультация. 8.2. Дополнительные методы исследования: ЭГДС, рентгенологические методы диагностики, УЗИ, ирригоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, лапароскопия. 8.3. Правила сбора рвотных масс, кала для исследования. 8.4. Виды клизм, техника постановки. 8.5. Понятие об основных симптомах и синдромах. Первая помощь при рвоте и других неотложных состояниях.	54
Глава 9. ***Наблюдение и уход за больными с заболеваниями печени.*** 9.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями печени: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия. Понятие об асците. 9.2. Дополнительные методы исследования: лабораторные, ЭГДС, рентгенологические методы диагностики, УЗИ, фиброканирование печени.	63

9.3. Понятие об основных симптомах, желудочно-кишечном кровотечении, первая помощь.	
Глава 10. ***Подготовка больных к исследованиям органов желудочно-кишечного тракта.*** 10.1. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию. 10.2. Подготовка больного к эндоскопическому исследованию. 10.3. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости.	67
Глава 11. ***Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов мочевыделения.*** 11.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями почек: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. 11.2. Дополнительные методы исследования: лабораторные, УЗИ, цистоскопия, в\в урография. 11.3. Правила сбора мочи для лабораторного исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, определение глюкозурии). 11.4. Мероприятия при острой задержке мочи. Техника катетеризации мочевого пузыря у мужчин, у женщин.	70
Глава 12. ***Наблюдение и уход за тяжелыми и агонирующими больными.*** 12.1. Уход за тяжелыми и агонирующими больными. 12.2. Понятие о сердечно-легочной реанимации, алгоритм оказания первой помощи согласно рекомендациям Европейского совета по реанимации. Констатация смерти.	76

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «Основы ухода за больными в терапевтической клинике» написано на основе программы по основам ухода за терапевтическими больными утвержденной Министерством Здравоохранения Российской Федерации в 2000 г. Основы ухода за больными – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания и методики обеспечения благоприятных психологических, физиологических, гигиенических условий жизни пациента в период болезни, основные моменты ухода за терапевтическими больными, приемы оказания первой помощи больному младшим и средним медицинским персоналом, правила организации безопасных условий труда младшего медицинского персонала.

Учебное пособие предназначено для студентов 1-2 курса медицинского института по специальности «лечебное дело», «сестринское дело» может быть использовано как для самостоятельной подготовки, так и для работы на практических занятиях.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

БЖУ – белки, жиры, углеводы

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДАД – диастолическое артериальное давление

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КТ – компьютерная томография

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МЗ – министерство здравоохранения

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОЦК – объем циркулирующей крови

САД – систолическое артериальное давление

УЗИ – ультразвуковое исследование

УЗДГ – ультразвуковая допплерография

ФКГ – фонокардиография

ФВД – функция внешнего дыхания

ФИО – фамилия, имя, отчество

ЧДД – число дыхательных движений

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиограмма

ЭХО-КГ – эхокардиография

Глава 1. Организация работы отделений лечебного учреждения терапевтического профиля.

1.1. Типы лечебных учреждений

Структура учреждений здравоохранения в Российской Федерации предусматривает несколько основных направлений, среди которых ведущее место занимает лечебно-профилактическая сеть. Лечебные учреждения обеспечивают населению медицинскую помощь по месту жительства (территориальные лечебные учреждения) и месту работы (лечебные учреждения организаций и предприятий). Медицинская помощь может осуществляться на различных этапах: амбулаторная (внебольничная) помощь - поликлиники, поликлинические отделения больниц и диспансеров, амбулатории, медсанчасти и здравпункты, станции скорой медицинской помощи, пункты неотложной помощи, женские консультации и т.п.; стационарная (больничная) помощь – больницы, клиники, госпитали, родильные дома, научно-исследовательские медицинские центры и т.п.

Различают следующие типы лечебных учреждений:

- амбулатории
- поликлиники
- больницы
- клиники
- госпитали
- медико-санитарные части
- диспансеры
- пункты неотложной помощи
- станции скорой помощи

Амбулатория - это лечебное учреждение, где осуществляется:

✓ медицинская помощь приходящим больным и больным на дому;

✓ ведут приём только врачи основных специальностей: терапевт, хирург, стоматолог.

Поликлиника – это лечебное учреждение, где осуществляется:

✓ обеспечение квалифицированной помощью;

✓ имеются различные специалисты;

✓ оснащена необходимым оборудованием для обследования и лечения больных;

Больница (стационар) - это лечебное учреждение, где оказывается помощь больным, нуждающимся в длительном постельном режиме, тщательном обследовании и лечении. Различают следующие виды больниц:

- ✓ районная (лечебно-диагностическая, санитарно-эпидемиологическая помощь);
- ✓ городская (лечебно-диагностическая, санитарно-эпидемиологическая помощь);
- ✓ областная (лечебно-диагностическая, санитарно-эпидемиологическая, организационно-методическая помощь);

Клиника – это больница, на базе которой обучаются студенты и проводятся научно-исследовательские работы.

Госпиталь - больница для военных и инвалидов войн.

Медико-санитарная часть – это лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного типа; обслуживает рабочих данного предприятия или воинской части по цеховому принципу.

Диспансер – это лечебно-профилактическое учреждение, в основном, амбулаторного типа (в зависимости от профиля имеет определенное количество стационарных коек), где проводят лечение и предупреждение заболеваний определенного профиля, различают следующие виды: противотуберкулезный, психоневрологический, кожно-венерологический, онкологический, кардиологический, наркологический, эндокринологический, лечебно-физкультурный и др.

Станция скорой помощи – это лечебное учреждение, оказывающее медицинскую помощь в неотложных ситуациях круглосуточно (выезд машины скорой помощи по месту требования).

Дневной стационар - это промежуточное звено между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью; обслуживаются пациенты, не требующие круглосуточного медицинского наблюдения. Здесь проводятся лечебные, реабилитационные, диагностические и профилактические мероприятия в дневное время.

1.2. Организация работы приемного отделения, устройство и оснащение приемного отделения, прием и регистрация больных,

санитарная обработка больных, заполнение паспортной части истории болезни, виды транспортировки больных в отделение.

Структура современного стационара (больницы) обязательно включает следующие подразделения:

- приемное отделение (приемный покой);
- лечебные, диагностические отделения;
- административно-хозяйственная часть.

Функции приемного отделения:

- ✓ приём и регистрация больных,
- ✓ врачебный осмотр пациентов,
- ✓ оказание экстренной медицинской помощи,
- ✓ определение отделения стационара для госпитализации больных,
- ✓ санитарно-гигиеническая обработка больных,
- ✓ оформление соответствующей медицинской документации,
- ✓ транспортировка больных.

Устройство приемного отделения предусматривает следующие лечебные и служебные помещения:

- ✓ Зал ожидания
- ✓ Регистратура
- ✓ Смотровой кабинет (один или несколько)
- ✓ Санпропускник с душевой (ванной), комнатой для переодевания
- ✓ Диагностический кабинет
- ✓ Изолятор
- ✓ Процедурный кабинет
- ✓ Операционная (перевязочная) – в многопрофильных стационарах
- ✓ Рентгенологический кабинет
- ✓ Лаборатория
- ✓ Кабинет дежурного врача
- ✓ Кабинет заведующего приёмным отделением
- ✓ Туалетная комната
- ✓ Помещение для хранения одежды поступивших больных
- ✓ Бельевая с чистыми бельевыми принадлежностями и чистой одеждой

Медицинская документация приемного отделения:

- ✓ Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у);
- ✓ Медицинская карта стационарного больного (традиционно называемая историей болезни; форма № 003/у);
- ✓ Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у);
- ✓ Журнал осмотра на педикулёз;
- ✓ Журнал телефонограмм;
- ✓ Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления): заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза;

В приемное отделение пациенты могут быть доставлены следующими способами:

1) машинами скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний;

2) по направлению участкового врача в случае неэффективности лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии, а также по направлению военкомата;

3) переводом из других лечебно-профилактических учреждений;

4) «самотеком» при самостоятельном обращении больного в случае ухудшения состояния здоровья на улице недалеко от больницы.

Санитарно-гигиеническая обработка больных осуществляется в санпропускнике приемного отделения.

Этапы санитарно-гигиенической обработки больных:

- осмотр кожных и волосяных покровов;
- стрижка волос, ногтей, бритье (при необходимости);
- мытье под душем или гигиеническая ванна;

Осмотр кожных и волосяных покровов больного проводят с целью выявления педикулеза (вшивости), чесотки.

Педикулез - поражение кожных и волосяных покровов человека в результате паразитирования на теле вшей (головной, платяной, лобковой).

Виды вшей: головная (поражает волосяной покров головы), платяная (поражает кожные покровы туловища), лобковая (поражает волосистую поверхность лобковой области, волосяной покров подмышечных впадин и лица - усы, бороду, брови, ресницы).

Признаки педикулеза - наличие гнид (яиц вшей), зуд кожных покровов, следы расчесов и гнойничковые корки на коже.

В случае выявления педикулеза проводят специальную санитарно-гигиеническую обработку больного (частичную или полную):

- ✓ частичная санитарно-гигиеническая обработка заключается в мытье больного с мылом и мочалкой в ванне или под душем, дезинфекции и дезинсекции его одежды и обуви;
- ✓ полная санитарно-гигиеническая обработка включает в себя кроме предыдущих мероприятий также обработку постельных принадлежностей и жилых помещений.

Обработка больного при выявлении педикулеза - обработать волосы дезинсектицидным раствором (20% раствор эмульсии бензилбензоата или лосьон «Ниттифор») и оставить на рекомендуемое в инструкции время, затем промыть в воде, подсушить и обработать волосы подогретым 6% раствором уксусной кислоты (20 минут). После промывания и подсушивания головы вычесывают волосы частым гребнем. При необходимости остричь волосы и уничтожить (например, сжечь, либо герметично упаковать). Одежду больного отправляют в дезинфекционную камеру.

Чесотка — паразитарное заболевание кожи, вызываемое самкой чесоточного клеща. При попадании на кожу она прокладывает в ней ходы. Признаками заболевания являются сильный зуд, узелково - пузырьковые высыпания и расчесы по ходу движения самки клеща.

Обработка больного при выявлении чесотки – один из способов заключается в обработке пораженных участков кожи 20%-ной водно-мыльной эмульсией бензилбензоата, которую втирают в зоны распространения клеща 1—2 раза в день в течение 3 дней. При этом нательное и постельное белье не

меняют, мыться в этот период нельзя. По окончании лечения пациент принимает горячий душ с мылом, после чего обязательна смена постельного и нательного белья. Грязное белье подвергают обработке.

В зависимости от характера заболевания и состояния больного гигиеническая обработка больного может быть полной (ванна, душ) или частичной (обтирание, обмывание).

Противопоказания к гигиенической ванне: инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, гипертонический криз, острая сердечная и сосудистая недостаточность, туберкулез в активной фазе, кожные заболевания, кровотечения, истощение, роженицам и больным, которым рекомендовано экстренное хирургическое вмешательство.

Для принятия гигиенической ванны, необходимо наполнить ванну на 2/3 объема водой температурой 34-36 градусов. Помочь пациенту раздеться и усадить его в ванну, поддерживая под локти. Если больной не может мыться самостоятельно, вымыть его индивидуальной мочалкой в следующей последовательности - голова - туловище - руки - паховая область - ноги. Длительность гигиенической ванны составляет 15-30 минут.

Гигиенический душ больной принимает сидя на табуретке при температуре воды 35-42 градуса С.

Транспортировка больных - перевозка и переноска больных к месту оказания медицинской помощи и лечения.

В зависимости от состояния и возможности транспортировки пациенты могут быть:

✓ транспортабельными (способными перенести перевозку): пациент в удовлетворительном состоянии - идет пешком в сопровождении среднего или младшего медицинского персонала; пациента средней тяжести и тяжелобольного медицинский персонал транспортирует на носилках, каталке, кресле-каталке. Пациенты в тяжелом состоянии с высокой вероятностью угрозы жизни во время их перевозки должны находиться под постоянным наблюдением врача. Средства передвижения обеспечиваются простынями и одеялами;

✓ нетранспортабельными (неспособными перенести перевозку). Таким пациентам медицинскую помощь оказывают на месте до относительной стабилизации состояния, затем переводят в реанимационное отделение на каталке (кровати) в сопровождении врача реаниматолога. Как правило, это пациенты в крайне тяжелом состоянии (различные виды критических состояний) для которых любое промедление в оказании медицинской помощи, либо временное отключение от систем жизнеобеспечения, несет непосредственную угрозу жизни.

При транспортировке больного на носилках вручную необходимо нести пациента без спешки и тряски, двигаясь не в ногу. Вниз по лестнице больного следует нести ногами вперед, причем ножной конец носилок нужно приподнять, а головной - несколько опустить. Вверх по лестнице больного следует нести головой вперед также в горизонтальном положении.

При перекладывании больного с носилок на кровать удобнее поставить головной конец носилок перпендикулярно к ножному концу кровати. Если площадь палаты небольшая, поставить носилки параллельно кровати. Подвести руки под больного: один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею и лопатки больного, второй - под поясницу и колени. Одновременно поднять больного, вместе с ним повернуться на 90 градусов в сторону кровати и уложить на нее больного. При расположении носилок вплотную к кровати, удерживая носилки на уровне кровати, вдвоем подтянуть больного к краю носилок на простыне, слегка приподнять его вверх и переложить больного на кровать.

При усаживании больного в кресло-каталку необходимо наклонить кресло-каталку вперед и наступить на подножку кресла. Предложить пациенту встать на подножку и усадить его, поддерживая, в кресло. Проследить, чтобы руки пациента занимали правильное положение - во избежание травмы они не должны выходить за подлокотники кресла-каталки. Вернуть кресло-каталку в правильное положение.

Способ транспортировки и укладывания на носилки больного зависит от характера и локализации заболевания:

✓ при кровоизлиянии в мозг - лежа на спине;

- ✓ в бессознательном состоянии - голову больного необходимо повернуть набок; следить, чтобы при возможной рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути;
- ✓ при выраженной сердечной, дыхательной недостаточности - в положении сидя, полусидя;
- ✓ при острой сосудистой недостаточности - уложить больного так, чтобы голова была ниже уровня ног;
- ✓ при наличии ожогов - уложить на неповрежденную сторону, обожженную поверхность закрыть стерильным бинтом или стерильной простыней;
- ✓ при переломе костей черепа - на носилках в положении лежа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки, вокруг головы валик из одеяла или одежды;
- ✓ при переломе грудного и поясничного отделов позвоночника - жесткие носилки - лежа на спине лицом вверх, обычные - на животе лицом вниз;
- ✓ при переломе ребер - в положении полусидя;
- ✓ при переломе костей таза - лежа на спине, подложив под разведенные колени подушку, валик и т.п.

1.3. Организация и работа терапевтического отделения стационара.

Больные терапевтического профиля подлежат госпитализации в *терапевтическое отделение стационара.* Лечебные терапевтические отделения могут быть нескольких видов – общетерапевтическими, специализированными (пульмонологическими, кардиологическими, гастроэнтерологическими, нефрологическими, гематологическими и др.) и высокоспециализированными (по лечению бронхиальной астмы, заболеваний печени, аритмологическое и др.).

Штатный состав терапевтического отделения стационара предполагает наличие заведующего отделением, палатных врачей, старшей медицинской сестры, медицинских сестер отделения, процедурных медицинских сестер, младшего медицинского персонала (санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы).

Устройство терапевтического отделения предусматривает следующие лечебные и служебные помещения:

- ✓ кабинет заведующего отделением
- ✓ ординаторская (кабинет врачей)
- ✓ кабинет старшей медицинской сестры
- ✓ палаты для больных
- ✓ процедурные кабинеты
- ✓ манипуляционные кабинеты (клизменная)
- ✓ ванная комната
- ✓ туалетные комнаты, буфетная для раздачи пищи и столовая для больных
- ✓ кабинет сестры-хозяйки
- ✓ холлы (для дневного пребывания больных и родственников)
- ✓ бельевая для хранения чистого нательного и постельного белья
- ✓ помещение для мытья и стерилизации суден
- ✓ помещение для хранения предметов уборки
- ✓ место для хранения оборудования для транспортировки больных

С правилами внутреннего распорядка стационара поступающих больных и их родственников знакомят еще в приемном отделении больницы. Они должны быть ознакомлены с основными позициями больничного режима: часы подъема, сна, дневного отдыха («тихого часа»), приема пищи, временем обхода врачей и осуществления лечебно-диагностических процедур, посещения больных родственниками, а также со списком продуктов, разрешенных и запрещенных для передачи больным.

Рабочее место медицинской сестры отделения (т.е. палатной медицинской сестры) - сестринский пост - рассчитано на каждые 25-30 коек. Палатная медицинская сестра непосредственно работает на посту, выполняет врачебные назначения и проводит сестринский уход за больными.

Обязанности палатной медицинской сестры:

1. Общая оценка состояния больного (общее состояние, положение больного в постели, состояние сознания больного, антропометрия) и контроль состояния больных (термометрия, исследование пульса и подсчет ЧДД, измерение суточного диуреза с обязательной фиксацией полученных данных в соответствующей медицинской документации).

2. Контроль за общим гигиеническим состоянием больного, в том числе осмотр на наличие педикулеза, чесотки, наблюдение за личной гигиеной больного и чистотой в палатах, кварцевание палат.

3. Осуществление ухода за больными, оказание при необходимости первой доврачебной помощи.

4. Ведение медицинской документации, направление пациентов на клинико-диагностические исследования по назначению врача,

5. Осуществление сбора биологического материала для анализов и контроль своевременного получения результатов лабораторных исследований;

6. Транспортировка, сопровождение больных на лечебные и диагностические процедуры и в палаты.

Основные виды документации терапевтического отделения:

- ✓ Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
- ✓ Процедурный лист: лист врачебных назначений.
- ✓ Температурный лист: температура тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, масса тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
- ✓ Журнал назначений: назначения врача - лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов
- ✓ Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
- ✓ Журнал передачи ключей от сейфа.
- ✓ Требование на питание больных (порционник): сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости - дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
- ✓ Журнал приёма и сдачи дежурств: в нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.

Обязанности младшей медицинской сестры:

1. Уборка и проветривание помещений.

2. Уход за тяжелыми больными.
3. Помощь палатной медицинской сестре.

Медицинский персонал должен обеспечить контроль и выполнение в стационаре лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режимов.

Санитарно-гигиенический режим включает в себя профилактику возникновения и распространения внутрибольничной инфекции (санитарно-гигиеническая обработка поступающих больных, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием лечебного учреждения и личной гигиеной пациентов, смена белья, дезинфекция, стерилизация).

1.4. Понятие о лечебно-охранительном режиме.

Лечебно-охранительный режим - обеспечение физического и психического покоя больных (соблюдение правил внутреннего распорядка стационара), режима физической активности (индивидуального режима больного) и принципов медицинской этики.

Создание и обеспечение лечебно-охранительного режима входит в обязанности всего медицинского персонала. Он включает в себя следующие элементы:

- ✓ обеспечение щадящего режима для психики больного;
- ✓ строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня;
- ✓ обеспечение режима рациональной физической (двигательной) активности;

Индивидуальный режим больному назначает врач; конкретная разновидность зависит от состояния пациента (степени тяжести заболевания) и характера заболевания.

Виды режимов:

✓ строгий постельный режим - больному категорически запрещается активно двигаться в кровати и тем более вставать; уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.)

✓ постельный режим - больному запрещено вставать с кровати, разрешено поворачиваться и сидеть в кровати; уход за пациентом

осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.)

✓ полупостельный режим - больному запрещено выходить из палаты, разрешено садиться в кровати и на стул для приема пищи, утреннего туалета, пользоваться креслом-судном; разрешается прием пищи в положении сидя.

✓ палатный режим - больному разрешаются передвижение по палате и мероприятия личной гигиены в пределах палаты; половину дневного времени пациент может проводить в положении сидя.

✓ общий («свободный») режим - больному разрешено ходить по отделению и в пределах больницы (коридор, лестница, больничная территория).

1.5. Вспомогательные диагностические отделения

Виды вспомогательных диагностических отделений:

- ✓ лаборатории (клиническая, бактериологическая).
- ✓ отделения инструментальной диагностики (эндоскопическое, рентгенологическое).
- ✓ отделения функциональной диагностики.

В этих отделениях должны строго соблюдаться:

- ✓ санитарно-гигиенические нормы, правила техники безопасности,
- ✓ ведение журнала регистрации пациентов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите функции приемного отделения больницы терапевтического профиля.
2. Как проводится санитарная обработка больных?
3. Как проводится обработка больных при выявлении педикулеза, чесотки?
4. Какие виды транспортировки больных вам известны?
5. Какие помещения находятся в составе терапевтического отделения?
6. Какие функции среднего, младшего медицинского персонала вы знаете?

7. Что такое лечебно-охранительный режим?
8. Какие вам известны вспомогательные диагностические отделения?

Глава 2. Инструктаж по технике безопасности младшего медицинского персонала на рабочем месте. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии.

2.1. Инструктаж по технике безопасности младшего медицинского персонала.

К работе в качестве младшего медицинского персонала допускаются лица, имеющее полное или неполное среднее образование и прошедшие:

1. предварительный медицинский осмотр;
2. вводный инструктаж по охране труда и пожарной безопасности (обычно проводится инженером по охране труда лечебного учреждения);
3. первичный инструктаж на рабочем месте (обычно проводится старшей медицинской сестрой отделения);
4. стажировку в течение 4-6 смен и проверку знаний безопасных методов и приемов выполнения работы.

К работе в кабинетах, отделениях с дополнительными (повышенными) требованиями безопасности (физкабинеты, рентгенкабинеты, стерилизационные, реанимационные) может быть допущен младший медицинский персонал не моложе 18 лет.

Повторный инструктаж младший медицинский персонал проходит 1 раз в 6 месяцев (обычно проводится старшей медицинской сестрой отделения).

2.2. Основные правила условий труда младшего медицинского персонала терапевтического отделения.

На должность младшего медицинского персонала терапевтического отделения может быть назначено лицо с и без медицинского образования, а освобождается от должности приказом руководителя учреждения в соответствии с действующим законодательством РФ.

Младший медицинский персонал непосредственно подчиняется руководителю своего структурного подразделения (заведующему отделением) или старшей медицинской сестре.

Младший медицинский персонал обязан знать: основы законодательства РФ о здравоохранении; правила санитарии и гигиены труда; назначение моющих средств и правила обращения с ними; правила внутреннего трудового распорядка; свои должностные инструкции; правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

В обязанности младшего медицинского персонала входит:

- ✓ поддержание санитарно - противоэпидемического режима в отделении (в том числе, своевременное перестилание постели больных, уборка прикроватных столиков у лежачих больных после каждого приема пищи содержание помещений, инвентаря, оборудования в должном порядке, проведение ежедневной влажной уборки в палатах, туалетах и других подсобных помещениях, использование дезинфицирующих средств и моющих растворов для проведения текущей и генеральной уборки);
- ✓ оказание помощи медицинской сестре при выполнении манипуляций по уходу за больными;
- ✓ обеспечение правильного хранения и использования хозяйственного инвентаря, полученного у сестры-хозяйки;
- ✓ соблюдение правил техники безопасности (в т.ч. электробезопасности), охраны труда, правил пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- ✓ работать по графику, утвержденному администрацией;
- ✓ соблюдать правила личной гигиены (ногти рук должны быть коротко подстрижены), содержать в чистоте санитарную одежду;
- ✓ по указанию палатной медицинской сестры необходимо сопровождать больных в лечебно-диагностические кабинеты, выполнять функции курьера, доставлять биологический материал для анализов в лабораторию и подготавливать посуду для забора анализов.

Во время выполнения своих профессиональных обязанностей представители младшего медицинского персонала обязаны: немедленно

сообщить непосредственному руководителю о любом несчастном случае на рабочем месте, замеченных нарушениях требований охраны труда на рабочем месте, а также о неисправностях оборудования, приспособлений, инструмента и средств индивидуальной защиты и не приступать к работе до их устранения.

2.3. Особенности работы младшего медицинского персонала в реанимационном отделении.

При работе в реанимационном отделении имеются опасные и вредные производственные факторы воздействия: высокое напряжение в электрической сети, замыкание которой может произойти через тело человека; высокая вероятность инфицированности от больных с открытыми формами туберкулеза, вирусами гепатита В, С, Д (и др.), ВИЧ; постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное с работой с больными в бессознательном состоянии или с измененными формами сознания; попадание на открытые участки кожи и (или) слизистые оболочки лекарственных препаратов, дезинфицирующих средств с возможным ущербом для здоровья; подъём тяжести сверх установленного норматива (перекладывание, перестилание больных в бессознательном состоянии).

В целях минимизации факторов, ухудшающих условия труда, младшая медицинская сестра (санитарка) должна быть обеспечена (и пользоваться в течение всего рабочего времени) следующими сертифицированными средствами защиты: специальной одеждой и обувью; защитными одноразовыми медицинскими масками (не менее 3-х штук на 6-ти часовую смену), а при работе с вирусоносителями – масками с защитным экраном; одноразовыми хозяйственными перчатками; должны соблюдаться санитарно-гигиенические нормативы по температурному режиму; все без исключения процедуры и уборку помещений выполнять только в перчатках; перед и после каждого контакта с больным или его выделениями мыть руки тёплой проточной водой с жидким или одноразовым мылом, затем обработать их имеющимся сертифицированным бактерицидным средством; рабочую одежду в конце смены оставлять в специально отведенном шкафу, отдельном от шкафа, в котором храниться обычная одежда. Перед окончанием своей смены обязательно убрать свое рабочее место, провести все необходимые санитарно-гигиенические мероприятия.

2.4. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии.

Медицинская деонтология - совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения с обратившимся к врачу здоровым или больным человеком.

Медицинская психология – это раздел психологии, ключевыми задачами которого является изучение психических аспектов заболеваний, а также решение вопросов о социальной реабилитации больных.

Медицинская этика (лат. ethica - изучение нравственности, морали) - совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Особое значение в медицинской профессии приобретают такие общечеловеческие нормы общения, как умение уважать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного. Немаловажен и внешний опрятный вид медицинского персонала: чистые халат и шапочка, аккуратная сменная обувь, ухоженные руки с коротко остриженными ногтями.

Главный этический принцип в медицине - «прежде всего, не навреди». Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики. Неправильная диагностика, лечение, поведение врача, представителей среднего и младшего медицинского персонала могут привести к физическим и нравственным страданиям пациентов. Недопустимы такие действия медицинского работника, как разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, нарушение неприкосновенности частной жизни и пр.

Уход за больным предполагает соблюдение определенных правил общения с ним. Важно уделять пациенту максимум внимания, разъяснять необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарств, убеждать в возможности выздоровления или улучшения состояния. Нужно соблюдать большую осторожность при разговоре с больными, особенно страдающими онкологическими заболеваниями.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие элементы первичного и текущего инструктажа медицинских работников вам известны?
2. Чем отличается трудовая деятельность младшего медицинского персонала в реанимационном отделении от таковой в терапевтическом отделении?
3. Что такое медицинская этика, деонтология, психология?
4. Какие правила в общении с пациентом должен соблюдать медицинский персонал?

Глава 3. Гигиена палаты. Личная гигиена больных. Питание больных.

3.1. Гигиена палаты.

Существуют определенные гигиенические и строительные требования к проектированию палаты в терапевтическом отделении:

- ✓ 9 квадратных метров на 1 койку
- ✓ расстояние между длинными сторонами коек, расположенных рядом - не менее 0,8 м, между торцами, а также между торцами кроватей и стеной в палатах— не менее 1,3 м. Расстояние от коек до стены с окнами - не менее 0,9 м;
- ✓ минимальная высота палаты должна составлять не менее 3 м;
- ✓ цвет стен – зеленоватые тона, зрительный анализатор лучше воспринимает часть спектра с длиной волны 550—560 нм;
- ✓ инсоляция и уровень естественного освещения: продолжительность непрерывной инсоляции должна быть не менее 3 ч/сутки;
- ✓ местное освещение и ночное освещение;
- ✓ пути движения больных и медицинского персонала должны быть максимально короткими и редко пересекаться;
- ✓ влажная уборка должна проводиться 2-3 раза в сутки с обязательным использованием дезинфицирующих средств в определенном порядке (начинать нужно с прикроватных столиков, затем вытирают пыль с подоконников, плафонов, кроватей и остальной мебели).

3.2. Личная гигиена больных.

Личная гигиена больного включает следующие этапы: уход за полостью рта, глазами, за волосами, за кожей, смена белья.

Смена постельного и нательного белья в терапевтическом отделении производится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья может выполняться дополнительно по мере необходимости.

Существует несколько способов *смены постельного белья* у тяжелобольных. При первом способе - грязная простыня из-под головы и ног скатывается валиком и удаляется. Чистую простыню, скатанную с двух сторон валиками, как бинт, осторожно подводят под крестец больного и затем расправляют по направлению к голове и ногам.

Можно поменять простыню и другим способом. Для этого больного передвигают на край постели в положении на боку и скатывают грязную простыню, после чего на другой край раскатывается чистая простыня на которую перекатывают больного. Далее снимают грязную простыню и расправляют чистую.

При *смене нательного белья* медсестра должна подвести руки под крестец больного, захватив край рубашки и осторожно подтянуть его к голове. После этого надо поднять обе руки больного, скатанную рубашку у шеи перевести через голову и освободить его руки. Надевают рубашку в обратном порядке. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной. Надевание рубашки производят в обратном порядке.

3.3. Понятие о лечебном питании, диетических столах

Согласно новой номенклатуре диет (Приказ МЗ РФ № 330 от 5 августа 2003г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в ЛПУ РФ), ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты 1-15) объединяются и включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии и степени тяжести со стороны органов и/или систем.

В лечебных учреждениях установлен 4-разовый режим питания. Для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и некоторыми болезнями сердечно-сосудистой системы предусмотрен 5-6 разовый режим питания. Калорийность суточного рациона распределяется довольно равномерно, на вечернее время не должно приходиться более 25-30 % суточной калорийности.

Система стандартных диет

Стандартные диеты	Номерные диеты
Основная (2170-2400 ккал)	1,2,3,4,5,6,7,9,10, 13,14,15
Щадящая (2170-2400 ккал)	1б,4б,4в,5п
Высокобелковая(2080-2690 ккал)	4э, 4аг,5п
Низкобелковая (2200-2650 ккал)	7б,7а
Низкокалорийная (1340-1550 ккал)	8,8а,8о,9а,10с

Характеристика стандартных диет

Стан диеты	Общ характер	белки	жиры	углеводы	ккал
Диета 1	Базисная с физиологическим содержанием БЖУ	85-90	70-80	300-330	2170-2400
Диета 2	Механическое, химическое, термическое щажение	85-90	70-80	300-350	2170-2480

Диета 3	Повышенное количество белка	110-120	80-90	350-400	2080-2690
Диета 4	Пониженное количество белка	20-60	80-90	350-400	2120-2650
Диета 5	Низкая калорийность	70-80	60-70	130-150	1340-1550

3.4. Кормление тяжелых и ослабленных больных. Понятие об искусственном питании.

Кормление тяжелых и ослабленных больных проводится с использованием особого положения и с применением специальной посуды (поильники, функциональная кровать).

Искусственное питание - введение в организм питательных веществ при помощи желудочного зонда, клизмы или парентерально.

После введения желудочного зонда на его свободный конец надевают воронку или шприц и вливают жидкую подогретую пищу, начиная с малых порций по 20—30 мл. Если пища усваивается хорошо (нет проноса, обратного сброса по зонду), порции увеличиваем до 70-100 мл на одно кормление каждые 1-2 часа. Для кормления можно использовать молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, масло, чай или специальные готовые сбалансированные питательные смеси в зависимости от вида заболевания.

Искусственное питание (через клизму) в основном применяется с целью восстановления потерь организма в жидкости и поваренной соли. Как известно, в нижнем отделе толстого кишечника хорошо всасываются только вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт. Частично всасываются белки и аминокислоты. Объем питательной клизмы не должен превышать 200 мл, температура вводимого вещества – 38–40 °С. Питательная клизма ставится через 1 ч после очистительной клизмы и полного опорожнения кишечника. Чаще всего применяют физиологический раствор (0,9 % раствор натрия хлорида), раствор глюкозы, мясной бульон, молоко, сливки. Ставить питательную клизму рекомендуют не чаще 1–2 раз в день, иначе можно вызвать раздражение прямой кишки.

Искусственное питание (парентеральное) - чаще всего проводится внутривенно. С этой целью вводится жидкость в объеме 2–4 л в сутки капельным способом в виде 5 % раствора глюкозы, раствора поваренной соли, сложных солевых растворов, специальных готовых сбалансированных стерильных питательных смесей, предназначенных для парентерального питания, в зависимости от вида заболевания.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие вы знаете способы смены постельного и нательного белья пациентов?
2. Как можно кормить тяжелых пациентов?
3. Что такое энтеральное, парентеральное питание?

Глава 4. Методы обследования пациента. Термометрия. Понятие о лихорадке.

4.1. Общие понятия о методах исследования пациента (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация; лабораторные, инструментальные, функционально-диагностические методы исследования).

Обследование больного — комплекс исследований, направленных на выявление индивидуальных особенностей самого больного, а также выявление симптомов, синдромов заболевания, определения диагноза, проведение дифференциального диагноза, обоснование рационального лечения, определение прогноза.

Методы обследования пациента делятся на *основные* (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и *дополнительные* (лабораторные, инструментальные, функционально-диагностические).

Расспрос является важнейшим методом физического обследования пациента. При встрече с пациентом врач должен постараться сразу установить с ним дружеский контакт. Важным фактором, располагающим больного к открытой беседе, является внешний вид доктора: халат должен быть свежим, прическа аккуратной, руки чистыми. Во время проведения расспроса уточняются следующие основные моменты:

1. «Паспортные» данные (фамилия, имя, отчество, возраст, дата госпитализации, профессия), помогающие заподозрить, либо исключить

заболевания, свойственные тому или иному возрасту, полу, профессии, местности, в которой проживает больной.

2. Жалобы больного (главные и второстепенные).

3. Анамнез - совокупность сведений о развитии заболевания, о развитии самого пациента, полученных при расспросе самого пациента или знающих его лиц.

Виды анамнеза:

- ✓ Anamnesis morbi (история заболевания) – уточняются вопросы связанные с развитием основного заболевания.
- ✓ Anamnesis vitae (история жизни) - уточняются вопросы, связанные с развитием самого пациента, а также социально - бытовые условия, характер питания, вредные привычки, аллергические реакции, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания.

Осмотр больного дает возможность получить многообразную информацию о больном, оценить тяжесть состояния, положения, выражения лица, окраску кожных покровов и слизистых, телосложение, конституцию, состояние пациента, а при проведении детального осмотра по частям тела выявить целый ряд симптомов и патологических синдромов.

Пальпация – ощупывание по определенной методике с получением информации о местной температуре, болевых зонах, характере пульса, тургоре кожи, консистенции органа. Кроме этого, проведение пальпации отдельных органов и систем позволяет решить определенные цели и задачи.

Перкуссия – простукивание с выявлением информации о топографии органов, об изменении плотности органа.

Аускультация – выслушивание звуковых феноменов, позволяющих судить о деятельности органов.

Дополнительные методы исследования подразделяются на лабораторные, инструментальные и функционально-диагностические. Лабораторные методы основываются на использовании биологических свойств тканей и жидкостей организма (кровь, моча, цереброспинальная жидкость). Инструментальные методы основаны на использовании специального оборудования (рентген, КТ, МРТ, ЭКГ – аппараты и т.д.). Функционально-диагностические методы выполняются с использованием определенных методик (пробы с физической нагрузкой и одновременным снятием ЭКГ, фармакологические пробы с измерением ФВД и др.).

4.2. Термометрия. Способы и правила измерения температуры тела

Термометрия тела — измерение температуры тела. Для термометрии тела чаще всего используют медицинский термометр, который имеет шкалу от 35(34) до 42° с делениями на десятые доли градуса. После окончания термометрии тела термометр надо несколько раз встряхнуть, чтобы столбик ртути опустился в резервуар. В капилляре медицинского термометра имеется сужение, препятствующее свободному возвращению ртути в резервуар по окончании теплового воздействия.

Термометрию тела проводят до еды в положении больного лежа или сидя в течение 10 мин. Измерение температуры обычно производят в подмышечной впадине. Кожу подмышечной впадины следует предварительно вытереть досуха. Температуру тела грудных детей иногда измеряют в паховой складке, во рту или в прямой кишке; в последнем случае перед измерением температуры термометр следует смазать вазелином.

Термометрию тела обычно проводят 2 раза в день: утром (в 7—8 час.) и вечером (в 17—18 час). При некоторых заболеваниях (например, при ревматизме, туберкулезе), чтобы уловить кратковременные колебания температуры в течение дня, термометрию тела проводят каждые два или четыре часа. После измерения температуры тела термометр следует поместить в дезинфицирующий раствор.

Для термометрии тела, кроме медицинских термометров, используют минутные термометры (позволяющие измерить температуру в течение 2—3 мин.), электротермометры (удобные при массовых обследованиях и для измерения местной температуры различных участков кожи и слизистых оболочек), а также термографы (позволяющие регистрировать температуру тела в течение длительного времени). Полученные данные необходимо записать в историю болезни и графически изобразить в виде кривой на температурном листе.

Температурный лист - это медицинский документ, предназначенный для графической регистрации суточных колебаний температуры тела больных. На вертикальной шкале температурного листа обозначены показатели температуры тела от 35 до 41°; на горизонтальной — дата и время измерения. Заполнение температурных кривых производится средними медработниками ежедневно после измерения больным температуры в утренние и вечерние часы.

Кроме температуры тела, в температурные листы заносятся результаты некоторых других наблюдений за течением заболевания: частота дыхания и пульса, величина артериального давления, количество выпитой и выделенной жидкости и т. д., а также сведения о проведенных мероприятиях по уходу и лечению больных (гигиеническая ванна, смена белья, специальные процедуры).

4.3. Понятие о лихорадке. Типы лихорадок.

Лихорадка - это выработавшаяся в процессе эволюции защитно-приспособительная реакция, развивающаяся в результате воздействия на организм пирогенных агентов и заключающаяся в установлении его теплового баланса на новом, более высоком уровне; ведущим признаком лихорадки было и остается перегревание организма больного, накопление в нем тепла. Термин febris (лихорадка, горячка) известен в медицине еще с античных времен.

Классификация лихорадочных состояний проводится по величине подъема температуры:

1. Субфебрильная лихорадка, при которой температура колеблется в пределах 37.1 - 38.0°С.
2. Фебрильная лихорадка с подъемом температуры от 38.1 до 39.5°С.
3. Пиретическая лихорадка, характеризующаяся колебаниями температуры в границах 39.6 - 41.0°С.
4. Гиперпиретическая лихорадка - свыше 41.0°С.

Классификация типов температурных кривых в зависимости от их динамики:

1. Febris continua (постоянная) - температура длительно держится на одном уровне, причем разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1°С. Такой тип лихорадочной кривой наблюдается при крупозной пневмонии, гриппе.
2. Febris remittens (послабляющая) - колебания между утренней и вечерней температурой достигают 1 - 3°С. Такой тип кривой может быть, например, при тяжелой ангине.
3. Febris hectica (гектическая, истощающая) - колебания уровней утренней и вечерней температуры достигают 3 - 5°С. Такая лихорадка наблюдается, например, при сепсисе.

4. Febris intermittens (перемежающаяся) - наблюдаются периодические, относительно кратковременные, но очень высокие подъемы температуры, которые чередуются с более длительными периодами их нормализации, как, например, при малярии.
5. Febris undulans (волнообразная) - характеризуется волнообразной динамикой температурной кривой на протяжении нескольких дней (как правило - континуального типа). Такой вид кривой наблюдается, например, при возвратном тифе.
6. Febris inversa (извращенная) – при этом утренняя температурой выше вечерней.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие вы знаете методы обследования пациента?
2. Чем отличаются anamnesis morbi (история заболевания) и anamnesis vitae (история жизни)?
3. Как правильно проводится термометрия?
4. Какие данные можно внести в температурный лист?
5. Что такое лихорадка?
6. Какие вы знаете типы температурных кривых?

Глава 5. Способы применения лекарственных средств. *Особенности хранения лекарственных средств.*

5.1. Способы введения лекарственных средств (энтеральный, парентеральный, ингаляционный, наружный)

Лекарственные вещества классифицируют по агрегатному состоянию:

1. Твердые: таблетки, драже, капсулы, порошки;
2. Мягкие: свечи, мази;
3. Жидкие: растворы, настойки, отвары;
4. Газообразные: аэрозоли.

Лекарственные средства применяют следующими способами:

1. Наружный способ:
   - ✓ на кожу;
   - ✓ в уши;
   - ✓ на конъюнктиву глаз, слизистую оболочку носовой полости и влагалища.

2. Энтеральный способ:
   - ✓ внутрь через рот *(per* os);
   - ✓ под язык *(sub lingua);*
   - ✓ за щеку *(trans bucca);*
   - ✓ через прямую кишку *(per rectum).*
3. Ингаляционный способ - через дыхательные пути.
4. Парентеральный способ:
   - ✓ внутрикожно;
   - ✓ подкожно;
   - ✓ внутримышечно;
   - ✓ внутривенно;
   - ✓ внутриартериально;
   - ✓ в полости;
   - ✓ внутрикостно;
   - ✓ в субарахноидальное пространство.

Перед началом раздачи (приема) лекарственных средств необходимо тщательно вымыть руки, внимательно прочитать надпись на этикетке, проверить срок годности, назначенную дозу, затем проконтролировать приём лекарственных средств пациентом. Обязательно соблюдать правильные временные интервалы между приемами лекарственных средств. Препараты, назначенные натощак, нужно раздать утром за 30-60 мин до завтрака. Лекарство, принимаемое до еды, больной должен получить за 15 мин до приёма пищи. Лекарство, назначенное во время еды, пациент принимает с пищей. Средство, назначенное после еды, больной должен выпить через 15-20 мин после приёма пищи. При выполнении инъекции необходимо вымыть и обработать дезинфицирующим раствором руки, соблюдать правила асептики (надеть стерильные перчатки и маску), проверить надпись на этикетке, проверить срок годности, проставить дату вскрытия на стерильном флаконе.

Виды наружного применение лекарственных средств (нанесение на кожу и слизистые):

- ✓ смазывание;
- ✓ втирание;
- ✓ припудривание;
- ✓ нанесение на конъюнктиву глаз;
- ✓ введение интраназально;

- ✓ введение в уши;
- ✓ введение во влагалище.

Ингаляционное применение лекарственных средств - введение лекарственного вещества путём его вдыхания – ингаляции. Таким путем вводят газообразные вещества, пары летучих жидкостей, аэрозоли. С помощью спейсера (представляет собой специальную камеру-переходник от ингалятора ко рту, где частицы лекарства находятся во взвешенном состоянии) или небулайзера (устройство для преобразования раствора лекарственного вещества в аэрозоль для доставки препарата с воздухом или кислородом непосредственно в бронхи больного).

Парентеральный способ введения лекарственных средств - способ введения лекарственных веществ в организм, минуя пищеварительный тракт.

Пути введения:

1.В ткани:
   - ✓ внутрикожно;
   - ✓ подкожно;
   - ✓ внутримышечно;
   - ✓ внутрикостно.
2. В сосуды:
   - ✓ внутривенно;
   - ✓ внутриартериально;
   - ✓ в лимфатические сосуды.
3. В полости:
   - ✓ в плевральную полость;
   - ✓ в брюшную полость;
   - ✓ внутрисердечно;
   - ✓ в суставную полость.
4. В субарахноидальное пространство.

Парентеральный способ введения лекарственных средств осуществляют посредством инъекций (лат. *injectum* - вбрасывать, впрыскивать) - введения в организм жидкости с помощью инъекций с использованием шприца.

5.2. Способы хранения лекарственных средств.

В медицинских учреждениях все лекарственные средства сортируют с учётом способа их применения. Лекарственные средства для наружного и внутреннего применения хранят на посту медсестры в специальном, запираемом на ключ шкафу. Лекарственные средства для парентерального введения хранят в процедурном кабинете в стеклянном шкафу.

Сильнодействующие, наркотические, легковоспламеняющиеся и дефицитные лекарственные средства хранят в отдельном сейфе. Также имеются особенности хранения лекарственных средств в зависимости от их формы и свойств. Ядовитые и наркотические лекарственные средства хранят в сейфах или железных шкафах. Запасы ядовитых средств не должны превышать 5-дневной, а наркотических средств - 3-дневной потребности. Лекарственные наркотические средства подлежат предметно-количественному учёту в журналах, которые должны быть прошнурованы, пронумерованы, подписаны заместителем главного врача по лечебной части и скреплены печатью лечебного учреждения. Ключи от железных шкафов или сейфа хранятся только у лиц, ответственных за хранение и расход наркотических средств.

Ранее выделяли следующие группы лекарственных средств (аннулированы приказом правительства РФ в 2010г.):

1. Список А - ядовитые и наркотические вещества.
2. Список Б - сильнодействующие препараты.
3. Общий список

В настоящее время особенности хранения наркотических средств и психотропных веществ регламентируются приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 16 мая 2011 г. N 397н г. Москва «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами».

По положениям данного закона, в лечебно-профилактическом учреждении наркотические и психотропные лекарственные средства для

парентерального, внутреннего и наружного применения должны храниться раздельно.

На внутренней стороне дверей сейфа или металлических шкафов, в которых осуществляется хранение наркотических и психотропных лекарственных средств, должны быть вывешены списки хранящихся наркотических и психотропных лекарственных средств с указанием их высших разовых и высших суточных доз.

Дополнительно в лечебно-профилактических учреждениях в местах хранения наркотических и психотропных лекарственных средств размещаются таблицы противоядий при отравлениях указанными средствами.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие вы знаете виды лекарственных средств по агрегатному состоянию?
2. Какие существуют способы парентерального введения лекарственных средств?
3. Правила приема лекарственных средств.
4. Способы хранения лекарственных средств.
5. Что означает «список А» и «список Б»?
6. Каковы современные требования к хранению наркотических и психотропных лекарственных средств?

Глава 6. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания.

6.1. Общие понятия о методах исследования больных с заболеваниями органов дыхания: расспрос, общий осмотр, осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация.

Пульмонологией (лат. *pulmo* - лёгкое; греч. *logos* - учение) называют раздел внутренних болезней, изучающий заболевания дыхательной системы, методы профилактики, диагностики и лечения.

В стационарах терапевтического профиля находятся на лечении больные с пневмонией, бронхиальной астмой, бронхитом, сухим и экссудативным плевритом, эмфиземой легких и многими другими заболеваниями.

Методы обследования пациента с заболеваниями органов дыхания:

- Основные:
  - ✓ расспрос
  - ✓ осмотр
  - ✓ пальпация
  - ✓ перкуссия
  - ✓ аускультация

Расспрос пациента с патологией органов дыхания позволяет выявить общие жалобы (лихорадка; озноб; потливость; слабость; снижение работоспособности) и жалобы характерные для патологии органов дыхания (кашель с/без наличия мокроты, одышка, удушье, кровохаркание, боль в грудной клетке). Кроме этого необходима детализация каждой жалобы, расспрос анамнеза развития заболевания и жизни пациента.

Осмотр пациента с патологией органов дыхания проводится по определенному плану: подсчет числа дыхательных движений, наличие деформации грудной клетки, симметричность грудной клетки, участие обеих половин и вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, определение типа дыхания.

Пальпация позволяет выявить локальную болезненность, резистентность грудной клетки, голосовое дрожание (техника и методика подробно изучаются на 2 курсе).

При исследовании дыхательной системы перкуссия применяется как для определения границ органа (топографическая перкуссия), так и для исследования его состояния (сравнительная перкуссия).

Аускультация легких позволяет оценить основные дыхательные шумы (характер дыхания), наличие дополнительных дыхательных шумов в легких и их характер, бронхофонию.

6.2. Дополнительные методы исследования органов дыхания.

К дополнительным методам исследования относятся:

✓ лабораторные методы исследования: биохимические, иммунологические, бактериологические и др.

✓ функциональные методы диагностики: спирография, спирометрия и др.

✓ инструментальные методы диагностики: рентгенологические (рентгеноскопия, рентгенография, бронхография), эндоскопические (бронхоскопия, торакоскопия).

Лабораторные методы исследования (клинические, биохимические, иммунологические) позволяют определить маркеры воспаления (СОЭ,

уровень лейкоцитов, с-реактивный протеин), анализ мокроты (посев и чувствительность к антибиотикам), серологические методы исследования, исследования экссудата, транссудата.

Функциональные методы исследования: спирография легких позволяет получить измерения легочных объемов, ряд дополнительных показателей (дыхательный и минутный объемы вентиляции и др.)

Рентгенологические методы исследования (рентгеноскопия, рентгенография, томография, бронхография, флюорография) позволяют регистрировать на рентгеновской пленке патологические изменения, сосудистый рисунок, послойное исследование легких.

Эндоскопические методы (бронхоскопия, торакоскопия) позволяют оценить состояние слизистой бронхов, выявить гнойные и опухолевые заболевания бронхов и плевральной полости.

6.3. *Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания.*

Наблюдение и уход за больными с патологией органов дыхания следует проводить в двух направлениях:

- общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с любыми заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, подсчет пульса и измерение артериального давления, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного;
- специальные мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов дыхания - одышкой, кашлем, кровохарканьем, болью и др.

Основы ухода за больными страдающими одышкой:

✓ контроль за частотой, ритмом и глубиной дыхания;

✓ создание вокруг больного обстановки покоя;

✓ помочь принять возвышенное (полусидящее) положение, приподняв головной конец кровати или подложив под голову и спину подушки;

✓ освободить от стесняющей одежды и тяжёлых одеял;

✓ обеспечить доступ свежего воздуха в помещение (открыть форточку);

- ✓ при наличии соответствующего назначения врача дать больному карманный ингалятор и объяснить, как им пользоваться;
- ✓ палаты, в которых находятся больные с одышкой, должны быть просторными, иметь хорошую вентиляцию, быть обеспечены централизованной подачей кислорода, а при отсутствии этого на посту медсестры должно иметься достаточное количество кислородных подушек;
- ✓ при выраженной степени дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию.

Постовыми медицинскими сестрами проводятся санитарно-гигиенические мероприятия направленные на профилактику вспышек внутрибольничных инфекций. Для этого необходимо:

1) следить за тем, чтобы у больных с кашлем обязательно была плевательница с завинчивающейся крышкой; плевательницу необходимо дезинфицировать, например, 3 % раствором хлорамина;

2) часто (не реже 4–6 раз в сутки) проветривать палаты и лечебные кабинеты; для дезинфекции воздуха целесообразно использовать ультрафиолетовые лампы, включая их 2 раза в день на 10–15 мин.

3) контролировать выполнение младшим медицинским персоналом ежедневной влажной уборки палат и больничных помещений; уборка проводится 2-3 раза в день с применением дезинфицирующих средств (например, 1 %-ого раствора хлорамина).

С целью профилактики заражения окружающих патогенной микрофлорой медицинская сестра должна научить больного правильно обращаться с мокротой:

- ✓ не кашлять в непосредственной близости от здоровых людей;
- ✓ прикрывать рот рукой или платком при кашле;
- ✓ не сплёвывать мокроту на пол, так как, высыхая, она может превратиться в частицы пыли и заразить других;

- ✓ собирать мокроту в специальную плевательницу с плотной крышкой, на дно которой должно быть налито небольшое количество дезинфицирующего раствора (например, 0,5% раствора хлорамина Б).

6.4. *Правила сбора мокроты для исследования.*

Сбор мокроты для исследования состоит из следующих этапов:

1) подготовить сухую стерильную плевательницу;
2) оформить направление в лабораторию;
3) на плевательницу наклеить этикетку с указанием фамилии, имени, отчества пациента, отделения, номера палаты, номера истории болезни, даты и времени забора материала на анализы, подписи собиравшего материал;
4) забор проводится утром натощак, непосредственно перед сбором почистить зубы и хорошо прополоскать их кипяченой водой;
5) собрать мокроту кашлевым толчком (проследить, чтобы был сгусток мокроты, а не слюна), закрыть герметичной крышкой плевательницу и отправить в бактериологическую лабораторию в течение 30 мин после сбора.

6.5. *Понятие о небулайзере, карманном ингаляторе и их использовании.*

Небулайзер - устройство для проведения ингаляции использующее сверхмалое дисперсное распыление лекарственного вещества.

Виды небулайзеров:

- ✓ стационарные и переносные
- ✓ компрессорные и ультразвуковые

Механизм действия небулайзера заключается в дисперсном распылении лекарственного средства, которое через маску или дыхательную трубку подаётся больному. Таким образом, лекарственное средство попадает во все отделы дыхательной системы и быстро усваивается.

Ингалятор - аппарат для введения лекарственных средств методом ингаляции

Виды ингаляторов:

- ✓ паровые
- ✓ ультразвуковые
- ✓ компрессорные

6.6. Оксигенотерапия.

Оксигенотерапия - метод лечения заболеваний с применением кислорода, который с успехом используется при заболеваниях органов кровообращения и дыхания, в гнойной хирургии. Чистый кислород практически не применяется, так как он угнетает дыхательный центр и повреждает эпителий дыхательных путей.

Способы проведения оксигенотерапии - ингаляционный (через дыхательные пути) и неингаляционный (бесконтактный, подкожно, а также через пищеварительный тракт). Примеры использования оксигенотерапии: кислородная подушка, барокамера.

6.7. Понятие об основных симптомах и синдромах при заболеваниях органов дыхания, первая помощь.

Основные симптомы заболеваний органов дыхания:

- *Кашель (продуктивный, непродуктивный).*
- *Боль в грудной клетке.*
- *Одышка (характер).*
- *Удушье* – это резко выраженная одышка, чаще возникающая внезапно.
- *Кровохарканье* - это наличие прожилков крови в мокроте.
- *Легочное кровотечение* – это наличие сгустков крови в мокроте.

Первая помощь при легочном кровотечении:

- ✓ придать пациенту полусидящее положение;
- ✓ применение противокашлевых средств;
- ✓ вызвать врача, скорую медицинскую помощь;
- ✓ использование гемостатических препаратов;

- ✓ возможно применение полужидкой пищи в холодном виде;
- ✓ проведение экстренной бронхоскопии с тампонированием кровоточащего сосуда;
- ✓ при неэффективности консервативных мероприятий - хирургическое вмешательство.

Первая помощь при острой нехватке воздуха (удушье):

- ✓ успокоить больного;
- ✓ помочь занять полусидящее положение в кровати (приподнять головной конец кровати);
- ✓ открыть форточку или окно и обеспечить приток свежего воздуха;
- ✓ дать больному кислород (при наличии источника подачи концентрированного кислорода);
- ✓ по возможности, выяснить причину ухудшения состояния, вызвать врача, скорую медицинскую помощь;
- ✓ проводить регулярный контроль частоты, ритма и глубины дыхания до приезда скорой помощи;
- ✓ по возможности, выяснить, принимает ли пациент регулярно какие-либо медикаменты, и обеспечить их прием (при нарушении сознания возможно применение правила «левого кармана», где пациенты с хроническими заболеваниями чаще всего хранят лекарственные средства первой помощи).

Уход за больными *с плевральными болями:*

- ✓ придать больному удобное, ограничивающее дыхательные движения положение (на больном боку).
- ✓ введение анальгетиков по назначению лечащего врача.
- ✓ выполнять по назначению врача простейших физиотерапевтических процедур (постановки горчичников и др.).
- ✓ при повышении у больного температуры тела выше 38 °С любые физиотерапевтические процедуры противопоказаны.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое «пульмонология»?

2. Какие вы знаете основные методы обследования пациентов с патологией органов дыхания?

3. Какие дополнительные методы обследования применяются у пациентов с патологией органов дыхания?

4. Какие санитарно-гигиенические мероприятия проводятся для профилактики вспышек внутрибольничных инфекций?

5. Каким правилам должна научить больного медицинская сестра для правильного обращения с мокротой с целью профилактики заражения окружающих?

6. Как правильно собрать мокроту на исследование?

7. Опишите принцип работы небулайзера.

8. Какие типы ингаляторов вы знаете?

9. Что такое оксигенотерапия?

10. Как помочь больному при удушье?

11. Ваши действия при легочном кровотечении.

Глава 7. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения.

7.1. Общие понятия о методах исследования больных с заболеваниями органов кровообращения: расспрос, общий осмотр, осмотр области сердца и других частей тела, пальпация, перкуссия, аускультация.

Кардиологией (греч. *kardia* - сердце, *logos* - учение) называют раздел внутренних болезней, изучающий этиологию, патогенез и клинические проявления, методы диагностики, профилактики и лечения болезней органов кровообращения.

В кардиологических отделениях стационара находятся на лечении больные с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, ревматизмом, пороками различного генеза, хронической сердечной недостаточностью и многими другими заболеваниями.

Методы обследования пациента с заболеваниями органов кровообращения:

Основные:

- ✓ расспрос
- ✓ осмотр
- ✓ пальпация
- ✓ перкуссия
- ✓ аускультация

Расспрос пациента с патологией органов кровообращения позволяет выявить характерные жалобы (одышку, боли за грудиной, в области сердца, сердцебиение, кашель, кровохарканье, отеки, головокружение), особенности анамнеза развития заболевания, анамнеза жизни (ранняя сердечно - сосудистая смертность, вредные привычки, наличие сахарного диабета).

Общий осмотр позволит определить общее состояние, уровень сознания, положение в кровати, индекс массы тела, состояние кожи и слизистых, а осмотр частей тела - наличие периферических отеков, изменений цвета кожи и слизистых, наличие петехий, кровоизлияний.

В зависимости от глубины угнетения основных функций коры головного мозга различают несколько степеней нарушения сознания:

Заторможенность (поверхностное оглушение): больной равнодушен к своему состоянию, плохо ориентируется в пространстве и времени, на вопросы отвечает медленно, односложно, но, как правило, верно; при расспросе больного врач получает неполную информацию.

Ступор (оцепенение, глубокое оглушение): больной совершенно безучастен к окружающему, находится как бы в глубоком сне, из которого его можно вывести с трудом, на вопросы отвечает односложно, часто неправильно.

Сопор (отупение): патологический сон, вывести из которого больного невозможно, на вопросы не отвечает, открывает глаза и реагирует лишь на грубое прикосновение, врачебные манипуляции, громкий окрик, рефлексы сохранены.

Кома - сознание отсутствует, имеет место полное мышечное расслабление, потеря чувствительности, волевых движений, рефлексы не вызываются, сохранена лишь функция дыхания и кровообращения.

Пальпация области сердца проводится для определения верхушечного толчка, сердечного толчка, патологической пульсации, дрожания грудной клетки.

Перкуссия сердца позволит выявить относительную и абсолютную тупость сердца, границы сосудистого пучка.

Аускультация сердца позволит определить сердечный ритм, тоны и шумовую симптоматику сердца.

7.2. Исследование пульса, измерение артериального давления.

Пульсом называются толчкообразные колебания стенок артерий, вызванные движением крови, выбрасываемой сердцем при каждом сокращении левого желудочка. В норме частота пульса колеблется в пределах 60-80 ударов в 1 минуту. Исследуют пульс в местах, где артерии расположены поверхностно и доступны пальпации - на лучевых, височных и сонных артериях. Подсчет пульсовых ударов производят не менее чем за 30 секунд и полученную цифру умножают на два. Если ритм неправильный, подсчет пульса производят в течение 1 минуты. Исследование артериального пульса на лучевой артерии проводят кончиками II, III, IV пальцев, охватывая правой рукой руку пациента в области лучезапястного сустава. После обнаружения пульсирующей лучевой артерии определяют свойства артериального пульса: частота; ритмичность; напряжение пульса; наполнение пульса; величина пульса; форма пульса.

Давление крови на стенки сосудов во время систолы и диастолы сердца называется *артериальным давлением* (АД). Различают АД систолическое (максимальное), диастолическое (минимальное), среднее и пульсовое.

Нормальные величины АД у здоровых взрослых людей: систолическое от 120 до 139 мм.рт.ст.; диастолическое от 70 до 89 мм.рт.ст.

Измерение АД может осуществляться прямым (кровавым) и непрямым (бескровным) методами. Прямые методы (наиболее точное измерение АД) предусматривают пункцию артерии, что возможно во время операций, при проведении интенсивной терапии. Наиболее часто используется аускультативный метод, предложенный в 1905г. русским ученым Н. С. Коротковым.

Для измерения АД в повседневности используют сфигмоманометр (аппарат Рива-Роччи). В положении лежа или сидя на плечо накладывается манжетка и закрепляется. Перед измерением артериального давления обязательно придерживаться следующих условий: отдых пациента не менее 5 минут до исследования; исключается прием кофе и курение за 1 ч до измерения; подбор манжетки проводят с учетом окружности плеча пациента (детские, средние, большие размеры манжеток); необходима полная опора предплечья на горизонтальную поверхность; середина баллона манжеты должна находиться на уровне сердца пациента; обязательно отсутствие скрещенных ног; молчание и тишина в помещении.

Вначале проводят пальпаторный, а затем аускультативный этапы измерения артериального давления.

Пальпаторное определение САД:

1. Определить пульсацию лучевой артерии;
2. Пальпируя лучевую артерию, быстро накачать воздух в манжету до 60 мм рт. ст., затем нагнетать по 10 мм рт. ст. до исчезновения пульсации;
3. Стравливая воздух из манжеты со скоростью 2 мм рт. ст. в секунду, пальпаторно зарегистрировать уровень АД, при котором вновь появляется пульсация;

Аускультативное определение САД:

1. Быстрое нагнетание воздуха в манжетку до уровня АД на 20 мм рт ст выше определенного ранее пальпаторным методом САД.

2. Стравливая воздух из манжетки (2 мм рт. ст. в 1 с) определить значение САД по ближайшему минимальному делению шкалы, соответствующему появлению 1-й фазы тонов Короткова.

В настоящее время для измерения АД используют ручные, полуавтоматические и автоматические тонометры.

7.3. Дополнительные методы исследования больных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы.

К дополнительным методам исследования относятся:

- ✓ лабораторные методы исследования (биохимические, иммунологические, гормональные и др.),
- ✓ инструментальные методы диагностики,
- ✓ функциональные методы диагностики.

Лабораторные методы исследования позволяют выявить нарушения липидного, углеводного, пуринового обменов, электролитные нарушения, гормональные сдвиги, маркеры воспаления, кардиоспецифические ферменты.

Инструментальные методы:

ЭКГ - суммарное графическое изображение колебаний электрических потенциалов, возникающих при работе сердца и зарегистрированных с поверхности тела человека.

ФКГ – фонокардиография - графическая регистрация звуковых явлений, возникающих при работе сердца.

УЗИ – ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ) - метод исследования структуры и функции сердца, основанный на регистрации отраженных импульсных сигналов ультразвука, генерируемых датчиком с частотой около 2,5–4,5 МГц.

Рентгенологические методы дают информацию об изменении размеров и конфигурации сердца, обусловленном дилатацией различных его отделов, состоянии сосудов сердца.

Цифровая вычислительная ангиография (ЦВА) используется в крупных диагностических центрах для получения высококачественного рентгеновского изображения сосудистых структур. Метод основан на компьютерной обработке рентгенограмм, позволяющей «вычитать» рентгенконтрастные тени сосудов и сердца после их контрастирования из изображения мягких тканей и костей соответствующей области тела.

7.4. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения: создание удобного положения в постели, профилактика пролежней, наблюдение за водным балансом, взвешивание.

Наблюдение и уход за больными с патологией органов кровообращения следует проводить в двух направлениях:

- ✓ общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с любыми заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, подсчет пульса и измерение артериального давления, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного;

- ✓ специальные мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов кровообращения - одышка, кровохарканье, боль за грудиной, обморок и др.

Пациенты с одышкой сердечного генеза чаще всего нуждаются в создании удобного положения – положения Фаулера (промежуточное положение между положением лежа и сидя). Для этого необходимо:

- ✓ поднять изголовье кровати под углом 45-60°
- ✓ положить голову пациента на матрац или низкую подушку
- ✓ подушку под поясницу
- ✓ под руки подушки, если пациент не в состоянии самостоятельно двигать руками
- ✓ согнуть ноги пациента в тазобедренном и коленном суставах
- ✓ подушку под бедра пациента
- ✓ подушку или валик под нижнюю треть голени
- ✓ опору для стоп пациента, чтобы они находились в максимально устойчивом положении под углом 90° к голени

Важной частью ухода за пациентами с отечным синдромом является оценка *водного баланса*, который определяется следующей формулой - количество жидкости, которое должно выделиться с мочой, должно быть равно количеству поступившей в организм жидкости (включая не только содержание воды в пище, но и парентеральные растворы) умноженное на 0,8 (т.е. 80% от поступившей в организм воды, так как остальные 20% могут удаляться из организма с дыханием, через кожу и желудочно-кишечный

тракт). Водный баланс расценивают как отрицательный (сдвиг в сторону избыточной потери жидкости организмом), если жидкости выделено больше, чем ожидают при расчёте по формуле, и как положительный - если жидкости выделено меньше (происходит задержка жидкости в организме, что может приводить к образованию отеков).

У пациентов, длительно прикованных к постели, необходимо проводить мероприятия по профилактике пролежней.

Пролежни – это повреждение кожи и мягких тканей, которые образуются в основном в результате длительного давления поверхностью кровати. Кровообращение в этом участке нарушается, ткань испытывает кислородное голодание, в результате чего отмирает, образуется некроз. К образованию пролежней склонны пациенты с тяжелой соматической патологией (церебральной, кардиальной и т.д.) в связи с длительным пассивным положением в постели.

Виды пролежней:

- ✓ поверхностные пролежни (первой и второй степени – страдают только определенные слои кожи),
- ✓ глубокие (третей, четвертой степени - изменения во всех слоях кожи и подлежащих тканях).

Клинические проявления пролежней:

- ✓ интенсивное покраснение кожи, в области постоянного давления (первая степень)
- ✓ волдыри и эрозии (вторая степень)
- ✓ омертвение ткани с развитием язв, глубоких тканевых дефектов (третья, четвертая степень).

Потенциальными местами образования пролежней могут быть все места над костными выступами на теле, которые сдавливаются при лежании или сидении.

Факторы риска возникновения пролежней:

- сниженное питание и недостаток питья;
- избыточный вес или истощение;
- потоотделение при повышенной температуре;

- недержание мочи и кала;
- грязная кожа;
- крошки и мелкие предметы в постели;
- складки, швы, пуговицы на белье;
- аллергическая реакция на средства по уходу за кожей.

Принципы профилактики пролежней:

- полноценное питание и личная гигиена больных;
- уменьшение сдавления, трения или сдвига тканей;
- регулярная смена положения в постели (каждые 2 часа);
- снижение влажности кожи;
- регулярность и правильность отправлений (мочи и кала);
- уход за кожей;
- уменьшение раздражителей кожи;
- правильный подбор предметов ухода за кожей;
- использование специальных средств ухода (противопролежневые матрасы, надувные круги).

Принципы лечения пролежней:

- ✓ максимально восстановить кровообращение в месте повреждения;
- ✓ способствовать отторжению некротических масс (самого пролежня);
- ✓ способствовать быстрейшему заживлению очистившейся раны.

7.5. Понятие об основных симптомах и синдромах. Первая помощь при неотложных состояниях: боли в области сердца, стенокардия, повышение артериального давления, сердечная недостаточность, сосудистая недостаточность.

Основные симптомы и синдромы при патологии органов кровообращения: боль в области сердца, стенокардия, артериальная гипертония, острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких), острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс).

Типичный приступ стенокардии:

- ✓ характер боли: сжимающие, давящие, жгучие;
- ✓ локализация: за грудиной, левая половина грудной клетки;
- ✓ продолжительность: 3-5 минут;

- ✓ провоцирующие факторы: физическая и эмоциональная нагрузка, холод;
- ✓ купирование боли: приемом нитроглицерина через 1-2 мин, покоем;
- ✓ возможна иррадиация: левое плечо, левая лопатка, шея, нижняя челюсть.

Первая помощь при приступе стенокардии: быстродействующие нитраты, прекращение физической нагрузки.

Сердечная астма:

- ✓ приступы удушья возникают чаще в ночное время, кашель сухой;
- ✓ вынужденное положение - ортопноэ (положение сидя с опущенными вниз ногами);
- ✓ в основе лежит резкое снижение сократительной способности миокарда;
- ✓ при усугублении процесса переходит в отек легких.

Отек легких:

- ✓ кашель с пенистой мокротой розового цвета;
- ✓ клокочущее учащенное дыхание;
- ✓ в основе лежит пропотевание жидкой части крови сквозь стенки сосудов и скапливание ее в альвеолах.

Первая помощь при сердечной астме, отеке легких:

- ✓ вызов врача и/или скорой медицинской помощи,
- ✓ обеспечение покоя,
- ✓ придание больному положения сидя или полусидя (ортопноэ),
- ✓ освобождение от стесняющей одежды,
- ✓ обеспечение доступа свежего воздуха,
- ✓ приём нитроглицерина (при отсутствии противопоказаний) или антигипертензивных средств в случае повышенного АД,
- ✓ оксигенотерапия с пеногасителем через маску или носовой катетер,
- ✓ начать активную аспирацию (отсасывание) пенистой мокроты электроотсосом.

Обморок (синкопе):

- ✓ кратковременная потеря сознания, вследствие остро возникшей недостаточности кровоснабжения головного мозга;

- ✓ характеризуется падением АД, уменьшением ЧСС, поверхностным дыханием.

Первая помощь при обмороке:

- ✓ придать пациенту горизонтальное положение с приподнятыми ногами (для обеспечения притока крови к голове),
- ✓ освобождение от стесняющей одежды,
- ✓ обеспечение доступа свежего воздуха,
- ✓ побрызгать на лицо холодной водой,
- ✓ поднести к носу вату, смоченную в нашатырном спирте (для активации дыхательного центра).

Коллапс:

- ✓ внезапно наступившая слабость вследствие значимого снижения АД;
- ✓ не всегда сопровождается потерей сознания, больной может быть заторможен, безучастен к происходящему;
- ✓ в основе, чаще всего, лежит уменьшение ОЦК.

Первая помощь при коллапсе:

- ✓ придать пациенту горизонтальное положение с опущенным головным концом кровати, приподнятым ножным,
- ✓ восполнение ОЦК,
- ✓ устранение причины (обезвоживание, перегрев и т.д.).

Вопросы для самоконтроля:

1. Что изучает кардиология?
2. Какие виды тяжести состояния вы знаете?
3. Какие варианты положения пациента в постели вам известны?
4. Что такое кома, сопор, ступор?
5. Какие выделяют конституциональные типы строения тела?
6. Как правильно измерить артериальное давление и пульс?
7. Какие дополнительные методы исследования пациента с заболеваниями сердечно – сосудистой системы вам известны?
8. Как правильно оценить водный баланс?
9. Что такое пролежни и механизм их образования?

10. Какие основные принципы профилактики и лечения пролежней?
11. Какие виды острой сердечной недостаточности вы знаете?
12. Какую первую помощь необходимо оказать пациенту с отеком легких?
13. Принципы оказания первой помощи при коллапсе и синкопе.

Глава 8. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения.

8.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями органов пищеварения: расспрос, общий осмотр, осмотр полости рта, живота, пальпация, перкуссия, аускультация.

Гастроэнтерологией (греч. *gaster* - желудок, *enteron* - кишечник, внутренности, *logos* - учение) называют раздел внутренних болезней, изучающий этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения.

Разделы гастроэнтерологии: эзофагология (болезни пищевода), гастрология (болезни желудка), энтерология (болезни кишечника), панкреатология (болезни поджелудочной железы), гепатология (болезни печени и жёлчевыводящих путей).

В гастроэнтерологических отделениях терапевтического стационара находятся на лечении больные с язвенной болезнью желудка, холециститами, гепатитами, циррозами, заболеваниями кишечника и многими другими заболеваниями.

Методы обследования пациента с заболеваниями органов пищеварения:

Основные:

- ✓ расспрос
- ✓ осмотр
- ✓ пальпация
- ✓ перкуссия
- ✓ аускультация

При расспросе пациентов с патологией органов пищеварения выясняют жалобы (затруднение прохождения пищи, рвота, кровотечение, диарея, запоры, боли, каждая из которых нуждается в тщательной детализации), наличие воспалительных и инфекционных заболеваний ЖКТ в анамнезе,

наличие заболеваний половых органов в анамнезе, сопутствующие заболевания, при сборе анамнеза жизни – профессиональные вредности, условия работы, образ жизни, привычки больного, порядок приема пищи (регулярность, частота, количество, качество, время приема пищи), вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков).

При осмотре пациента с патологией органов пищеварения обращают внимание на форму живота, участие живота в акте дыхания, наличие грыж, наличие кровоподтеков, стрий, расширенных подкожных вен, положение пациента (лежа на спине или на боку, прижимая болезненный участок в животе и сгибая в коленях ноги, облегчает напряжение брюшного пресса - язвенная болезнь желудка, перитонит; положение лежа на животе, подкладывая подушку и подтягивая под себя согнутые ноги, снижает давление на брюшное сплетение и несколько облегчает страдания больного при заболеваниях поджелудочной железы - панкреатит, рак, язва желудка на задней стенке; частое изменение положения тела (сесть - лечь) – симптом «ваньки-встаньки» - при внутрибрюшном кровотечении).

Необходимо обратить внимание на изменение массы тела (подсчет индекса массы тела): ожирение - при желчнокаменной болезни; значительное снижение индекса массы тела (кахексия) - при раке желудка, поджелудочной железы.

Важное значение имеет окраска кожи и слизистых: бледная – при хронических желудочно-кишечных кровотечениях, анемиях разного генеза; желтушная – при заболеваниях крови, печени, желчевыводящих путей; серо-землистая – при раковых интоксикациях, перитоните, сепсисе.

Немаловажное значение придается осмотру полости рта, необходим детальный осмотр губ, десен, миндалин, зубов, языка. При осмотре губ обратить внимание на наличие отека, заед, herpes labialis; десен – на наличие воспалительных явлений, кровоточивости, изъязвлений; миндалин – на наличие признаков воспаления, увеличения, пленок, гнойных наложений; зубов – на количество, цвет, наличие кариеса; языка - на размеры, наличие налета, сухости, язв, афт, кровоизлияний, состояние сосочков.

Поверхностная пальпация живота позволяет определить болезненность, опухолевидные образования, напряжение мышц брюшной стенки, расхождение мышц живота, а при проведении глубокой пальпации можно выявить размеры, консистенцию и болезненность органов брюшной полости.

Перкуссию выполняют для определения чувствительности брюшной стенки, определения границ органов (печени, селезенки).

Аускультация проводится для определения наличия кишечных шумов, шумовой симптоматики над брюшным отделом аорты и почечными артериями.

8.2. Дополнительные методы исследования: ЭГДС, рентгенологические методы диагностики, УЗИ, ирригоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, лапароскопия.

К дополнительным методам исследования относятся:

- ✓ лабораторные методы исследования: биохимические, иммунологические, гормональные и др.;
- ✓ инструментальные методы диагностики;
- ✓ функциональные методы диагностики.

Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖКТ:

- ✓ Макро- и микроскопическое исследования кала (копрограмма);
- ✓ Исследование кала на скрытую кровь;
- ✓ Бактериологическое исследование;

Инструментальные методы диагностики:

- Эндоскопические методы – осмотр участков желудочно–кишечного тракта с помощью оптических приборов:
  - ✓ исследование пищевода - эзофагоскопия,
  - ✓ осмотр желудка - гастроскопия,
  - ✓ исследование двенадцатиперстной кишки - дуоденоскопия,
  - ✓ осмотр прямой и части сигмовидной кишок - ректороманоскопия,
  - ✓ исследование всей толстой кишки - колоноскопия.
- Ультразвуковая диагностика заболеваний позволяет определить форму, размеры, положение, структуру различных органов брюшной полости - печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, выявить опухоли, кисты, конкременты (камни), сосудистые расстройства, повреждения протоков и другие заболевания.

- Рентгенологическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок проводят с применением контрастного вещества (например, водной взвеси сульфата бария).
- Рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия) - проводят с использованием контрастного вещества, которое могут вводить с помощью диагностической клизмы.
- Компьютерная томография - рентгеновские изображения органов и тканей на любой глубине их расположения.
- Радиоизотопные методы исследования - основаны на концентрации радиоактивного вещества с последующим сканированием исследуемого органа; позволяют выявить гепатит, цирроз, новообразования, патологические процессы в поджелудочной железе, нарушения кровообращения печени.
- Биопсия тонкой и толстой кишки дает возможность провести гистоморфологическое исследование.

8.3. Правила сбора рвотных масс. Правила забора кала для исследования.

Рвота — это сложный рефлекторный акт с вовлечением мышц желудка, диафрагмы, передней брюшной стенки, надгортанника и мягкого нёба, результатом которого является непроизвольное извержение содержимого желудка через рот (иногда рвотные массы попадают в нос).

Виды рвоты:

- ✓ периферическая (в результате раздражения разных зон: корень языка, мягкое небо, слизистая оболочка желудка, желчный пузырь, поджелудочная железа при возможных заболеваниях данных органов);
- ✓ центральная (раздражение рвотного центра в гипоталамусе при интоксикациях, токсикозе у беременных, при передозировке различными медикаментами).

Цель сбора рвотных масс при пищевых токсикоинфекциях и кишечных инфекциях:

- ✓ выделить культуру

- ✓ определить чувствительность к антибиотикам
- ✓ немедленно отправляют в лабораторию
- ✓ промывные воды желудка собираются в стерильные банки в количестве 20-25 мл
- ✓ можно проводить сбор путем промывания желудка с использованием тонкого зонда

Правила забора кала для бактериологического исследования у детей грудного возраста:

- ✓ Вымыть руки. Продезинфицировать столик.
- ✓ Вымыть руки. Надеть перчатки.
- ✓ Постелить чистую пеленку. Положить ребенка.
- ✓ Ватным тампоном на металлическом стержне **осторожно** вращательными движениями снять со стенки кишечника кусочек кала.
- ✓ Тампон опустить в пробирку.
- ✓ Отправить в лабораторию в течение 2 часов.
- ✓ Провести заключительную дезинфекцию.

8.4. Виды клизм, техника постановки.

Клизмы - введение через прямую кишку различных жидкостей с диагностической или лечебной целью.

Основные виды клизм:

- ✓ диагностическая,
- ✓ очистительная (перед операциями, диагностическими исследованиями),
- ✓ сифонная (с лечебной целью при различных отравлениях, интоксикации),
- ✓ лекарственная (введение различных лекарственных веществ).

Очистительная клизма проводится для опорожнения нижнего отдела толстой кишки; подготовки к операциям, родам и инструментальным методам исследования органов брюшной полости; подготовки к проведению лекарственных клизм.

Для постановки очистительной клизмы применяют кружку Эсмарха (стеклянный, резиновый или металлический сосуд ёмкостью до 2 л), толстостенную резиновую трубку диаметром просвета 1 см, длиной 1,5 м с кранчиком для регуляции тока жидкости и наконечником. Налить в кружку Эсмарха кипячёную воду объёмом 1 - 1,5 л. Подвесить кружку на штатив на высоту 1 м над уровнем тела больного. Открыть кран, заполнить трубки, выпустить несколько миллилитров воды для вытеснения из трубок воздуха и закрыть кран. Предложить больному лечь на край кушетки на левый бок, согнув колени и приведя их к животу для расслабления брюшного пресса. Пациент должен максимально расслабиться и дышать глубоко, ртом, не напрягаясь. Набрать небольшое количество вазелина и смазать им наконечник. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой лёгкими вращательными движениями осторожно ввести в анальное отверстие наконечник, продвигая его вначале по направлению к пупку на 3-4 см, затем параллельно позвоночнику до общей глубины 8-10 см. Приоткрыть кран, следя за тем, чтобы вода не поступала в кишечник слишком быстро, так как это может вызвать боль. Если у больного появилась боль в животе, необходимо немедленно приостановить процедуру и подождать, пока боль не пройдёт. Если вода не идёт, поднять кружку выше и/или изменить положение наконечника, выдвинув его назад на 1-2 см; если вода по-прежнему не поступает в кишечник, извлечь наконечник и заменить его (так как он может быть забит каловыми массами). По окончании процедуры закрыть кран и извлечь наконечник, прижав правую ягодицу больного к левой, чтобы не вытекла жидкость из прямой кишки. Предложить больному самому сжать анальный сфинктер и задержать воду как можно дольше (не менее 5-10 мин). Если через 5-10 мин пациент почувствует позыв к дефекации, подать ему судно или проводить до унитаза, предупредив, чтобы он, по возможности, выпускал воду не сразу, а порциями.

Сифонная клизма - многократное промывание кишечника по принципу сообщающихся сосудов: один из этих сосудов - кишечник, второй - воронка, вставленная в свободный конец резиновой трубки, другой конец которой введен в прямую кишку. Сначала воронку, наполненную жидкостью,

приподнимают на 0,5 м над уровнем тела пациента, затем, по мере поступления жидкости в кишечник (когда уровень убывающей воды достигает сужения воронки), воронку опускают ниже уровня тела больного и ждут, пока из неё не начнёт поступать содержимое кишечника. Поднимание и опускание воронки чередуют, причём при каждом подъёме воронки в неё добавляют жидкость. Сифонное промывание кишечника проводят до тех пор, пока из воронки не будет выходить чистая вода. Вводят обычно 10-12 л воды. Количество выделяемой жидкости должно быть больше введённого объёма жидкости.

Послабляющую клизму применяют при упорных запорах, а также при парезах кишечника, когда введение больному большого количества жидкости неэффективно или противопоказано.

Гипертоническая клизма обеспечивает эффективное очищение кишечника, способствуя обильной транссудации воды из капилляров кишечной стенки в просвет кишки и выведению из организма большого количества жидкости. Для гипертонической клизмы применяют один из следующих растворов: 10% раствор натрия хлорида, 20-30% раствор магния сульфата, 20-30% раствор натрия сульфата. 50-100 мл раствора, подогретого до температуры 37-38 градусов, больной должен задержать в кишечнике 20-30 мин.

Для постановки *масляной клизмы* применяют 100-200 мл растительного масла (подсолнечное, льняное, конопляное, вазелиновое). Масляную клизму ставят на ночь и опорожнение кишечника должно быть через 10-12 часов.

Лекарственную клизму (отвар ромашки, масло облепихи, шиповника, антисептические растворы, обезболивающие, успокаивающие, снотворные, противосудорожные, нестероидные противовоспалительные препараты) в количестве 50-100 мл в теплом виде вводят после очистительной клизмы.

Применение *питательных клизм* (физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, спирт, 15% раствор аминокислот) показано при нарушении акта глотания, непроходимости пищевода, тяжелых острых инфекциях, интоксикации и отравлениях, сопровождающихся частой рвотой. Используют теплый раствор (200 мл); ставят 1-2 раза в день после очистительной клизмы.

8.5. Понятие об основных симптомах и синдромах. Первая помощь при рвоте и других неотложных состояниях.

Боли в животе:

✓ Перитонеальные боли возникают при вовлечении брюшины, покрывающей органы пищеварения. Такие боли обычно постоянные, острые, режущие, усиливаются при перемещении тела, сопровождаются сильным напряжением брюшной стенки.

✓ Висцеральные боли возникают при нарушении моторной функции пищеварительного тракта (спазм, растяжение, атония), имеют схваткообразный, ноющий, разлитой характер.

Первая помощь при болях в животе:

Вовремя распознать критическую ситуацию и вызвать скорую помощь, обязательно при:

- ✓ любой резкой боли, которая не проходит после рвоты и посещения туалета;
- ✓ боли внизу живота справа (там находится аппендикс);
- ✓ следах крови в кале или рвотных массах;
- ✓ проблемах с мочеиспусканием.

При сильных болях в животе нельзя кормить, поить больного и давать ему обезболивающие, можно дать спазмолитики.

Тошнота

- ✓ неприятное ощущение в подложечной области, груди, глотке и полости рта, нередко предшествующее рвоте
- ✓ в основе развития этого симптома лежит возбуждение рвотного центра

Первая помощь при тошноте:

- ✓ прекратить прием пищи
- ✓ приём малыми порциями негазированной минеральной воды («Боржоми», «Ессентуки» и др.,
- ✓ глубокое дыхание, отвлекающая терапия
- ✓ медикаментозная терапия: метоклопрамид (церукал), мотилиум

Общие рекомендации при рвоте:

- ✓ пациента нельзя кормить и поить
- ✓ на область желудка надо положить пузырь со льдом
- ✓ рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости их в специальной таре отправляют на исследование в лабораторию

Первая доврачебная помощь при рвоте:

- ✓ сообщить врачу о рвоте.
- ✓ пациента надо успокоить и удобно усадить или повернуть набок
- ✓ грудь пациента накрыть клеенкой или полотенцем
- ✓ поставить перед больным тазик, ведро или поднести ко рту лоток
- ✓ во время рвоты придерживать голову пациента
- ✓ тяжелобольным, находящимся на строгом постельном режиме, повернуть голову набок, постелить клеенку и подставить лоток
- ✓ у тяжелых больных при скоплении рвотных масс во рту, следует удалить их с помощью резиновой груши или электроотсоса
- ✓ после прекращения рвоты нужно дать больному прополоскать рот водой
- ✓ тяжелым больным нужно провести обработку полости рта раствором перманганата калия или 2%-ным раствором натрия гидрокарбоната, вытереть лицо полотенцем
- ✓ средства, угнетающие рвотный рефлекс: капли мяты, лед; медикаментозные препараты: атропин, спазмолитики, метоклопрамид, нейролептики
- ✓ особенно опасна рвота в состоянии алкогольного опьянения, так как при атонии мягкого неба и надгортанника может произойти попадание рвотного содержимого в полость носа и верхние дыхательные пути с дальнейшим возможным развитием тяжелой аспирационной пневмонии.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что изучает гастроэнтерология?
2. Какие виды вынужденного положения можно наблюдать у пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта?
3. Какая окраска кожных покровов возможна у пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта?
4. Какие патологические изменения можно увидеть при осмотре живота?
5. Какие дополнительные методы исследования используются у пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта?

6. Почему опасна рвота при алкогольном опьянении?
7. Какие виды клизм вы знаете?
8. Какие правила постановки очистительной клизмы?
9. Почему пациенту с болями в животе нельзя давать обезболивающие?

Глава 9. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями печени.

9.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями печени: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия. Понятие об асците.

Гепатология - раздел гастроэнтерологии, изучающий болезни печени и желчевыводящих путей и разрабатывающий методы их диагностики, лечения и профилактики.

Методы обследования пациента с заболеваниями печени:

Основные:

- ✓ расспрос
- ✓ осмотр
- ✓ пальпация
- ✓ перкуссия
- ✓ аускультация

Расспрос пациента с патологией печени поможет выявить общие жалобы (слабость, подавленное настроение, бессонница, раздражительность, снижение работоспособности, снижение памяти, дисфория, сонливость, дезориентация во времени и пространстве, похудание вплоть до кахексии, повышение температуры) и жалобы характерные для патологии печени (изменение цвета кожи, мочи, кала, боли, в основном, в правом подреберье, увеличение размера живота, отеки ног, кровоточивость десен). При расспросе анамнеза следует обратить внимание на выявление факторов риска развития заболеваний печени (употребление алкоголя, прием лекарственных средств, оперативные вмешательства, внутривенные инъекции, переливания крови, профессия, половые связи).

При осмотре пациента с патологией печени следует обратить внимание на наличие желтушной окраски кожи и слизистых, кровоточивости десен, гинекомастии, «пальмарной эритемы», «сосудистых звездочек», контрактур

Дюпюитрена, следов расчесов, периферических отеков ног, наличие асцита и расширения вен передней брюшной стенки.

Пальпация печени позволяет определить размеры печени, болезненность, поверхность, консистенцию печени.

Перкуссию печени проводят для определения границ печени и для выявления асцита.

Асцит – скопление жидкости в брюшной полости. Повышение давления в воротной вене приводит к расширению капилляров и «выпотеванию» жидкой части крови в брюшную полость. Асцитическая жидкость представлена транссудатом. Асцит обычно развивается медленно и может становиться очень выраженным, приводя к значительному увеличению живота, появлению пупочной и бедренной грыж.

9.2. Дополнительные методы исследования: лабораторные, ЭГДС, рентгенологические методы диагностики, УЗИ, фибросканирование печени.

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови (воспалительные маркеры, тромбоциты), биохимический анализ крови (билирубин, ферменты, белки, белковые фракции, протромбиновый индекс), иммунологические тесты (иммуноглобулины, антимитохондриальные антитела), генетические маркеры вирусов гепатита.

Ультразвуковая диагностика позволяет определить форму, размеры, положение, структуру различных органов брюшной полости - печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, выявить опухоли, кисты, конкременты (камни), сосудистые расстройства, повреждения протоков и другие заболевания.

Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей проводят при помощи водорастворимого контрастного вещества с целью диагностики их проходимости.

Компьютерная томография - рентгеновские изображения органов и тканей на любой глубине их расположения.

Радиоизотопные методы исследования - основаны на концентрации радиоактивного вещества с последующим сканированием исследуемого органа, позволяют выявить гепатит, цирроз, новообразования, нарушения кровообращения печени.

Фибросканирование печени (эластометрия, эластография) – это новейший метод исследования применяемый в гепатологии, который по простоте проведения идентичен обычному ультразвуковому исследованию (УЗИ), а по информативности в некоторых аспектах приближается к биопсии. Метод основан на измерении скорости электромагнитного импульса, который генерируется на поверхности кожи, проходит через печень, а затем распространяется по всему телу. Импульс детектируется специальным датчиком, расположенным на боковой поверхности нижней части грудной клетки, что позволяет определить скорость его прохождения через орган. Чем медленнее проходит импульс, тем более сильно выражен печеночный фиброз. Подобное измерение производится неоднократно и из различных позиций, после чего вычисляются средние значения, выражаемые в кПа.

9.3. Понятие об основных симптомах, желудочно-кишечном кровотечении, первая помощь.

Основные симптомы при патологии печени:

Желтуха - желтушное окрашивание кожных покровов и/или склер, свидетельствующее о гипербилирубинемии. При ↑ билирубина > 35 ммоль/л желтуха кожи и видимых слизистых выявляется при осмотре.

Гепатомегалия - патологическое увеличение размеров печени.

Темная моча - достоверный признак гипербилирубинурии (прямой билирубин), моча цвета «пива или кока-колы».

Светлый стул (ахолия) - изменение окраски стула в результате отсутствия или значительного снижения в нем стеркобилина.

Кожный зуд обусловлен раздражением нервных окончаний кожного покрова желчными кислотами в крови.

Боль в правом подреберье обусловлена растяжением Глиссоновой капсулы печени.

Желудочно-кишечное кровотечение:

Рвотные массы с примесью измененной крови по типу «кофейной гущи» свидетельствуют о кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка). Цвет кофейной гущи - это результат реакции крови с желудочным соком (образование солянокислого гематина). Если рвотные массы содержат неизмененную кровь, это может указывать на профузное кровотечение в

желудке или кровотечение из пищевода (кровь не успевает взаимодействовать с соляной кислотой).

Кровавый кал - важный признак желудочно-кишечного кровотечения. В зависимости от локализации источника кровотечения кал может иметь разнообразную окраску - от чёрного дёгтеобразного до алого.

Чёрный дёгтеобразный стул (по типу мелены) – источник кровотечения находится в верхних отделах пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).

Тёмно-вишнёвый стул свидетельствует о кровотечении из дистальных отделов тонкой и правой половины толстой кишки.

Кал типа «малинового желе» со слизью - источник кровотечения локализуется в нисходящем отделе толстой кишки.

Алая кровь на поверхности оформленного кала свидетельствует о кровотечении из нижних отделов кишечника (геморрой, трещины заднего прохода).

Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении:

- ✓ уложить больного в постель (при падении артериального давления приподнимают ножной конец кровати)
- ✓ запретить разговаривать и курить
- ✓ на область живота можно положить пузырь со льдом
- ✓ по назначению врача парентерально вводят кровоостанавливающие средства
- ✓ определение гематокрита и содержания гемоглобина в крови, направить кал и рвотные массы для исследования на наличие в них крови, приготовить набор для определения группы крови и резус-фактора
- ✓ контроль общего состояния, уровня сознания, цвета кожных покровов, пульса и артериального давления каждые 30 мин

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие функции печени вы знаете?
2. Какие факторы риска возникновения заболеваний печени вам известны?
3. Какие вы знаете специфические симптомы заболеваний печени?

4. Какие дополнительные методы исследования печени и желчевыводящих путей используются в современной медицине?
5. Что такое фибросканирование печени?
6. Какую первую помощь нужно оказать пациенту с желудочно-кишечным кровотечением?

Глава 10. Подготовка больных к исследованиям органов желудочно-кишечного тракта.

10.1. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка:

- ✓ исследование проводится натощак, полный отказ от еды за 6-8 часов до исследования;
- ✓ за 3 дня до исследования отказаться от трудноперевариваемых продуктов (бобовые, грибы, соленые огурцы, маслины, черный хлеб и др.);
- ✓ за 2-3 дня - отказ от алкогольных напитков;
- ✓ накануне исследования нужно ограничить курение, употребление острых и жгучих продуктов;
- ✓ исследование желательно проводить в утренние часы (до 11.00);
- ✓ перед исследованием нельзя принимать пищу и таблетированные лекарственные препараты (исключение - больные сахарным диабетом);
- ✓ нельзя пить (даже глотка воды), желательно не чистить зубы во избежание попадания жидкости в желудок.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию толстой кишки:

- ✓ ограничить прием пищи после 19-ти часов вечера, утром рекомендован легкий завтрак;
- ✓ за 2-3 дня отказаться от продуктов, которые способствуют газообразованию;
- ✓ рекомендуется перейти на отварное мясо, рыбу, омлеты, каши и др.;

- ✓ желательно накануне исследования принимать настой ромашки, чабреца;
- ✓ исследование рекомендовано проводить в утренние часы (до 12-13 часов дня);
- ✓ перед исследованием провести очищение толстой кишки любым из двух способов (очистительная клизма, при помощи порошка «Фортранс»).

10.2. Подготовка больного к эндоскопическому исследованию.

Подготовка больного к эндоскопическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта (фиброгастродуоденоскопия):

- ✓ проводится утром натощак в первой половине дня;
- ✓ вечером накануне (до 20 часов) – легкий ужин;
- ✓ до исследования, по возможности, воздержаться от курения;
- ✓ после исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут;
- ✓ если исследование проводится во второй половине дня, то до исследования после последнего приема пищи должно пройти не менее 6-8 часов.

Подготовка больного к эндоскопическому исследованию толстой кишки (колоноскопия):

За три дня до исследования:

- ✓ бесшлаковая диета, исключить свежие фрукты и овощи, зелень, злаковые, бобовые, грибы, ягоды, черный хлеб; можно: бульоны, отварное мясо, рыбу, курицу, белый хлеб, масло, печенье;
- ✓ при запорах ежедневный прием слабительных;

За день до исследования:

- ✓ только супы;
- ✓ во второй половине дня, через 2 часа после последнего приема пищи, принять слабительное – например, касторовое масло (30-50мл; 2-3 столовые ложки или 1 флакон), либо порошок «Фортранс»;

- ✓ пациентам с желчнокаменной болезнью принимать касторовое масло не рекомендуется!

В день исследования:

- ✓ утром в день исследования провести еще 2 очистительные клизмы по 1-2 литра (конечным результатом должно быть появление чистых промывных вод);
- ✓ возможен легкий завтрак (каша, яйцо, хлеб, чай или кофе), особенно для больных диабетом.

10.3. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости:

За трое суток до УЗИ нужно соблюдать диету, которая снизит газообразование в кишечнике.

- ✓ Разрешено:
  - зерновые каши: гречневая, овес на воде, ячневая, льняная,
  - мясо птицы или говядина,
  - нежирная рыба — приготовленная на пару, запеченная или отваренная,
  - 1 яйцо всмятку в день,
  - нежирный сыр.
- ✓ Исключить из рациона:
  - сырые овощи и фрукты,
  - бобовые (горох, фасоль),
  - хлеб и сдоба (печенье, торты, булочки, пирожки),
  - молоко и молочные продукты,
  - жирные сорта рыбы и мяса,
  - сладости (конфеты, сахар),
  - крепкий кофе и соки,
  - газированные напитки,
  - спиртное
- ✓ Рекомендован прием жидкости (вода, некрепкий чай) около 1,5 л в сутки,
- ✓ Исследование проводится как в утренние часы (натощак), так и после 15 часов (утром только легкий завтрак до 10:00),
- ✓ При запорах накануне исследования в 16 часов принять растительное слабительное,
- ✓ При упорных запорах проводится очистительная клизма,

✓ УЗИ не рекомендуется проводить в один день после рентгенконтрастного и эндоскопического исследования.

Вопросы для самоконтроля:

1. Как подготовить пациента к рентгенологическому исследованию?
2. Как подготовить пациента к эндоскопическому исследованию?
3. Как подготовить пациента к УЗИ?

Глава 11. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов мочевыделения.

11.1. Общие понятия о методах исследования больного с заболеваниями почек: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Нефрология – это раздел внутренних болезней, изучающий этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов мочевыделения.

В нефрологическом отделении терапевтического стационара находятся на лечении больные с гломерулонефритами, хронической почечной недостаточностью, пиелонефритами, поражениями почек при других заболеваниях. В урологическом отделении находятся на лечении больные с доброкачественными и злокачественными заболеваниями почек и мочевыводящих путей, гнойно-воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей, мочекаменной болезнью.

Пациенты с патологией почек предъявляют жалобы общего характера (слабость, утомляемость, головные боли), специфические жалобы (отеки на лице, расстройства мочеотделения: олигурия (<500 мл мочи/сут), анурия (<100 мл/сут), полиурия (>2 л/сут), никтурия (преобладание ночного диуреза), странгурия (болезненное, учащенное (поллакиурия), затрудненное мочеиспускание), боли в поясничной области, изменение цвета мочи: красная (макрогематурия), цвета «мясных помоев», мутная.

При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие инфекций, переохлаждений, приема лекарственных средств, акушерско-гинекологического анамнеза, профессиональный, семейный анамнез.

При осмотре пациентов с патологией почек обратить внимание на наличие отеков, их локализацию, консистенцию, время появления, цвет кожных покровов и слизистых, наличие следов расчесов. В области поясницы возможно выявление воспалительных изменений кожи, подкожной клетчатки (отек, гиперемия) в зоне над пораженной почкой (паранефрит, карбункул почки).

Пальпация почек может дать информацию об их локализации, увеличении размеров, характере поверхности почек.

Перкуссия почек (симптом «поколачивания», симптом Пастернацкого) позволяет выявить локальную болезненность при наличии воспалительного процесса.

Аускультация позволяет выявить наличие шумовой симптоматики над почечными артериями.

11.2. Дополнительные методы исследования: лабораторные, УЗИ, цистоскопия, в\в урография.

Лабораторные методы исследования: общий анализ мочи (количество, прозрачность, цвет, реакция, плотность, количество белка, лейкоциты, эритроциты, цилиндры), биохимический анализ крови (белки, белковые фракции, мочевина, креатинин, скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, хлор), проба Зимницкого (для исследования концентрационной функции почек), проба Нечипоренко (для исследования наличия воспаления).

Инструментальные методы обследования мочевыводящей системы:

Ультразвуковые:

✓ УЗИ почек (форма, размеры, положение, ЧЛС, объемные образования, конкременты);

✓ УЗИ мочевого пузыря;

✓ УЗДГ почечных артерий;

Цистоскопия – эндоскопическое исследование мочевыводящих путей с целью диагностики (опухоли мочевого пузыря, обструкция мочевых путей, гематурия) и лечения.

Биопсия почки – забор кусочка ткани органа для гистологического исследования.

Рентгенологические методы (используются рентгенконтрастные вещества):

✓ обзорная рентгенография (тени конкрементов);

✓ экскреторная урография (визуализация почек, чашечно-лоханочной системы, мочевыводящих путей, оценка функции почек с помощью водорастворимого контрастного вещества, которое вводится внутривенно, а потом выделяется почками во внешнюю среду);

✓ КТ (опухоли, кисты);

✓ ангиография (выявляет стеноз почечных артерий, опухоли, тромбоз почечных вен, нарушение функции);

Радионуклидные методы (используются радиоактивные изотопы) – проводится оценка формы, размера и функции каждой почки.

11.3. Правила сбора мочи для лабораторного исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому; определение глюкозурии).

Правила сбора мочи для общего анализа:

✓ утром подмывание теплой водой; до сбора мочи для анализа не мочиться;

✓ осушить половые органы;

✓ выпустить примерно четверть мочи в унитаз, после чего задержать мочеиспускание;

✓ подставить емкость для сбора мочи;

✓ набрать мочу в емкость в количестве не менее 50 мл;

✓ выпустить последнюю порцию мочи в унитаз;

✓ собранную мочу следует сдать для анализа в тот же день, в течение 2-3 часов;

✓ перед сбором мочи для общего анализа следует исключить интенсивные физические нагрузки, пребывание в жаре и холоде;

Правила сбора мочи для анализа по Зимницкому (функциональное состояние почек).

✓ собирают мочу в течение суток (24 ч);

✓ от момента пробуждения до 9.00 пациент мочится в унитаз;

✓ начиная с 9 часов утра, собирается 8 порций мочи:

- 1-я порция - вся моча с 9.00 до 12.00
- 2-я порция - вся моча с 12.00 до 15.00
- 3-я порция - вся моча с 15.00 до 18.00
- 4-я порция - вся моча с 18.00 до 21.00
- 5-я порция - вся моча с 21.00 до 24.00
- 6-я порция - вся моча с 24.00 до 03.00
- 7-я порция - вся моча с 03.00 до 06.00
- 8-я порция - вся моча с 06.00 до 09.00

✓ объем мочи в каждой из 8 порций измеряется и записывается;

✓ в лабораторию доставляются 8 пробирок с мочой из каждой емкости;

✓ на каждой пробирке указывают номер порции, объем выделенной мочи в данной порции и интервал времени сбора мочи.

✓ интерпретация результатов в норме:

- кол-во мочи в каждой порции 40-300 мл
- относительная плотность 1003-1030
- дневной диурез/ночной диурез =2/3:1/3

✓ изменения плотности мочи:

- гипостенурия (не >1012-1013)
- изостенурия (1009–1011)
- гиперстенурия (>1030)
- никтурия - преобладание ночного диуреза над дневным

Правила сбора мочи для анализа по Нечипоренко (диагностика острых и хронических воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей)

✓ утром подмывание теплой водой;

✓ используем стерильный контейнер с плотно закрывающейся крышечкой;

✓ за сутки до исследования не рекомендуется принимать антибиотики или употреблять пищу окрашивающую мочу;

✓ первые несколько секунд необходимо помочиться в унитаз, оставшуюся порцию мочи следует собрать в контейнер;

✓ доставка в лабораторию в течение1-2 часов;

✓ интерпретация результатов - в норме: эритроцитов не более 1000 шт./мл, лейкоцитов не более 2000 шт./мл, цилиндров не более 20 шт./мл.

Правила сбора мочи на глюкозурию.

✓ собирается вся моча в течение суток;

✓ вечером посуду для сбора мочи необходимо ополоснуть изнутри кипящей водой;

✓ утром после сна первая порция спускается в унитаз;

✓ затем собирается вся моча в течение 24 часов + первая утренняя порция на следующий день;

✓ утром собранная моча перемешивается и берется около 100 мл в специальный контейнер для сбора мочи;

✓ в направлении на исследование обязательно указать объем суточного диуреза.

11.4. Мероприятия при острой задержке мочи. Техника катетеризации.

Острая задержка мочи - скопление мочи в мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного мочеиспускания с болезненными позывами на мочеиспускание.

Симптомы:

✓ симптом «шара» в надлобковой области;
✓ перкуторно — над мочевым пузырем тупой звук;
✓ пальпация надлобковой области болезненная;

Первая помощь:

✓ обеспечить конфиденциальность и создать привычное положение больному (мужчину поставить, а женщину посадить)

✓ рефлекторное воздействие (шум струи воды из крана)

✓ больного поместить на судно и теплой водой поливать промежность (локальный душ)

✓ на область мочевого пузыря положить тёплую грелку

✓ ввести спазмолитики

✓ подкожно 1 мл 1% пилокарпина или 1 мл 0,05% прозерина

✓ сделать очистительную клизму (акт дефекации рефлекторно вызовет мочеиспускание)

✓ если вышеперечисленные воздействия не эффективны, то провести катетеризацию мочевого пузыря

✓ строго соблюдать принципы асептики во время катетеризации мочевого пузыря (профилактика цистита)

Катетеризация мочевого пузыря – его опорожнение путем введения катетера.

Противопоказания:

✓ острый уретрит и эпидидимит (орхит);
✓ острый простатит и/или абсцесс предстательной железы;
✓ травма уретры;

Виды мочевых катетеров:

По составу:

✓ мягкие – резиновые и полимерные;
✓ полужёсткие – эластические;
✓ жёсткие – металлические.

По форме и предназначению:

✓ катетер Нелатона – прямой со слепым концом и овальным отверстием сбоку;
✓ катетер Тиманна - прямой со слепым концом в виде изогнутого клюва и овальным отверстием сбоку;

- ✓ катетер головчатый – Малеко или Пеццера – с большой утолщенной частью для удерживания его в мочевом пузыре, предназначен для продолжительного отведения мочи через надлобковый свищ;
- ✓ катетер Фолея – с надувным баллоном для наполнения стерильной жидкостью (водой или физиологической раствором), используют для длительной фиксации в мочевом пузыре (как постоянный катетер);

Вопросы для самоконтроля:

1. Что изучает нефрология?
2. Какие вы знаете специфические симптомы при заболевании мочевыводящих путей?
3. Какие инструментальные исследования почек вам известны?
4. Какие вы знаете рентгенологические исследования мочевыделительной системы?
5. Правила сбора мочи для общего анализа.
6. Правила сбора мочи для анализа по Зимницкому.
7. Правила сбора мочи для анализа по Нечипоренко.
8. Помощь пациенту с острой задержкой мочи.
9. Виды мочевых катетеров.

Глава 12. Наблюдение и уход за тяжелыми и агонирующими больными.

12.1. Уход за тяжелыми и агонирующими больными.

Тяжелых пациентов переводят в реанимационное отделение или в отдельную палату. Возможен индивидуальный сестринский пост. Кровать больного должна быть как можно дальше от окна, с возможностью подхода к ней со всех сторон. Из палаты убирают острые, режущие предметы.

Тяжелые больные нуждаются в постоянном мониторировании следующих параметров:

- ✓ внешний вид больного;
- ✓ состояние кожи, полости рта;
- ✓ дыхание;
- ✓ пульс;

- ✓ артериальное давление;
- ✓ физиологические отправления;

На фоне высокой температуры у пациента может возникнуть бредовое состояние, во время которого может развиться сильное возбуждение, неадекватное поведение с возможностью совершения действий, опасных для жизни пациента и окружающих. Больных с развитием бреда, галлюцинаций помещают в отдельную палату (либо в реанимационное отделение), переводят на нижний этаж с выделением индивидуального поста.

Предвестники развития бреда:

- ✓ беспокойство, суетливость, стоны, плач, повторение вопросов, потеря аппетита (анорексия), повышение чувствительности к яркому свету и шуму;
- ✓ дремота или разглядывание объектов в палате на стенах и потолке;

«Агонирующий» происходит от греческого слова агония — борьба, предсмертный период — последний этап умирания, характеризующийся подъемом активности компенсаторных механизмов, направленных на борьбу с угасанием жизненных сил организма (внезапное прекращение дыхания после резкого учащения и т.д.).

Агония может длиться от нескольких секунд до нескольких минут.

К агонирующему больному назначается индивидуальный сестринский пост, его изолируют от других больных, отгораживают ширмой, соблюдают тишину.

Если заболевание неизлечимое и такое состояние «ожидаемое», то к уходу за агонирующим больным могут привлекаться родственники.

Признаки агонии: лицо больного бледное, синюшное, покрыто крупными каплями холодного пота, заострены нос, подбородок, снижен тонус глазных яблок, роговицы мутные, пульс нитевидный, артериальное давление падает до нуля, кожные покровы холодные, температура снижена на 1—2 градуса, возникают судороги, могут быть недержание мочи, кала.

12.2. Понятие о сердечно-легочной реанимации, алгоритм оказания первой помощи согласно рекомендациям Европейского совета по реанимации. Констатация смерти.

Клиническая смерть - обратимое состояние, которое наступает после прекращения сердцебиения и дыхания.

В этот период отсутствуют внешние проявления жизни: сознание, сердцебиение, дыхание, — но организм больного остается еще жизнеспособным в течение 4—6 минут.

Своевременно принятые меры могут вывести больного из состояния клинической смерти.

Проводимые при клинической смерти лечебные мероприятия направлены на поддержание и восстановление угасающих функций организма, в первую очередь кровообращения и дыхания.

Не позднее чем через 5 минут после наступления клинической смерти необходимо начать оживление — реанимацию.

Реанимация включает в себя: массаж сердца, искусственное дыхание и дефибрилляцию сердца.

Алгоритм базовой реанимационной помощи:

1. Оценить безопасность окружающего пространства.
2. Проверить реакцию пациента.
3. Осторожно встряхнуть за плечи.
4. Громко окликнуть "С Вами все в порядке?". Позвать на помощь.
5. Если пациент не реагирует, открыть дыхательные пути и проверить дыхание в течение 10 сек.
6. Если пациент не дышит или дыхание патологическое:

✓ вызвать 03 (112), найти и принести АНД (автоматический наружный дефибриллятор – при наличии такого поблизости)

✓ немедленно начать сердечно-легочную реанимацию (СЛР):

- расположить руки в центре грудной клетки, ладони «в замок»

- провести 30 компрессий грудной клетки,
- делать сильные и быстрые компрессии (глубина 5-6 см, частота 100-120/мин), а также полные декомпрессии грудной клетки,
- прижать губы ко рту или к носу пострадавшего,
- сделать искусственный вдох так, чтобы поднялась грудная клетка, но не очень глубокий (500-600 мл),
- когда грудная клетка опустится, сделать второй искусственный вдох,
- продолжить СЛР в соотношении 30:2 до прибытия бригады скорой помощи или не менее 30 мин после прекращения сердечной деятельности (если СЛР проводится врачами при ЭКГ-контроле),
- при необходимости - провести дефибрилляцию, в/в введение адреналина.

7. Если пострадавший начинает двигаться, открывать глаза и дышать нормально, прекратить СЛР.
8. Если пострадавший без сознания, но дышит - повернуть его в боковое восстановительное положение и оценивать функцию дыхания каждые 5 минут.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ



После периода клинической смерти, при безуспешности реанимационных мероприятий, наступает *биологическая смерть*, которая характеризуется:

- ✓ отсутствием сознания;
- ✓ отсутствием сердцебиения и дыхания;
- ✓ отсутствием всех рефлексов;
- ✓ расслаблением мышц, с дальнейшим трупным окоченением;
- ✓ охлаждением тела;
- ✓ появлением трупных пятен сине-багрового цвета на нижележащих частях тела

Смерть констатирует врач (необходимо отметить в истории болезни точное время смерти и сообщить родственникам в течение ближайших двух часов).

Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми конечностями, подвязывают нижнюю челюсть, опускают веки, накрывают простыней и оставляют в постели на 2 часа.

Только после образования трупных пятен, медицинская сестра пишет на бирке, прикрепленной к ноге ФИО умершего, номер истории болезни, название отделения, дублируя эти данные на специальной сопроводительной записке в морг, где врачом также указываются диагноз и дата смерти.

После появления трупных пятен, трупного окоченения и размягчения глазного яблока труп перевозят в патологоанатомическое отделение, где и производят вскрытие с целью верификации причины смерти.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие особенности ухода за тяжелыми пациентами вы знаете?
2. Что такое «агония»?
3. Какие признаки клинической смерти вы знаете?
4. Какой вы знаете алгоритм проведения реанимационных мероприятий?
5. Что такое биологическая смерть?

Учебное издание

Ж.Г. Тигай, О.А. Доготарь, В.С. Сопетик,
Д.Л. Шек, Л.Г. Ахуба, Н.Г. Косцова

ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*

Тематический план изданий учебно-методической литературы
2016 г., № 51

Подписано в печать 27.05.2016 г. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 4,88. Тираж 200 экз. Заказ 694.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41