

*А. Н. Шишкин Л. А. Слепых, М. А. Шевелева*

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ  
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
КЛИНИКЕ

---

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
2003

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

*А. Н. Шишкин, Л. А. Слепых, М. А. Шевелева*

---

# УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

---

*Учебно-методическое пособие*

---

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
2003

ББК 53.5  
Ш55

*Печатается по постановлению  
Редакционно-издательского совета  
С.-Петербургского государственного университета*

Рецензент:

докт. мед. наук проф. *А.И. Кирсанов* (СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова)

*Под общей редакцией зав. кафедрой терапии медицинского факультета  
докт. мед. наук, проф. А.Н.Шишкина*

**Шишкин А.Н., Слепых Л.А., Шевелева М.А.**

Ш55

Уход за больными в терапевтической клинике: Учебно-методическое пособие.— СПб., 2003. — 64 с.

В учебно-методическом пособии изложены рекомендации по уходу за больными на различных этапах пребывания в стационаре (приемно-диагностическое, терапевтическое, реанимационное отделение). Целью обучения студентов младших курсов с использованием данного пособия является освоение практических навыков для обеспечения оптимальных условий лечения больного в стационаре и профилактики возможных осложнений. Преподавание интегративного курса общего ухода за больными является методической основой практики студентов в качестве младшего медицинского персонала.

Пособие предназначено для студентов-медиков младших курсов лечебных и стоматологических факультетов, студентов медицинских училищ. На стоматологическом факультете оно является руководством по проведению практики студентов по уходу за больными. Может быть отчасти полезным и широкому кругу лиц, вынужденных осуществлять уход за больным в домашней обстановке.

**ББК 53.5**

© А.Н. Шишкин, Л.А. Слепых,  
М.А. Шевелева, 2003

© С.-Петербургский государственный  
университет, 2003

## ВВЕДЕНИЕ

«Искусство ухода за больными можно, конечно, в известной степени изучить из книг; но из них невозможно подчеркнуть искусство думать о необходимом, так как “необходимое” бывает различно в каждом отдельном случае».

*Флоранс Найтингаль*

«Помогая другому, каждый тем самым содействует личному счастью. Многие желают его достигнуть, но не знают, как взяться за дело. Суметь помочь страдающему — несомненно одна из самых прекрасных способностей, которыми располагает человек».

*Теодор Бильрот*

Бурное развитие химии, физики, техники, биологии, научно-техническая революция, охватившие мир во второй половине XX века, перевооружили и преобразовали терапию.

Изучение внутренних болезней носит интегральный характер и включает в себя необходимость применения знаний, полученных при изучении морфологии, патологии, биохимии, фармакологии, физиологии, а также смежных клинических дисциплин.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМ является необходимой и важнейшей составной частью лечения. Под «уходом» понимают целый комплекс лечебных, профилактических, гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на облегчение страданий больного, скорейшее выздоровление его, а также на предупреждение осложнений заболевания. Очень часто при различных болезнях в той или иной степени ограничена физическая активность больных, их способность к самообслуживанию. Некоторые больные не могут без посторонней помощи умыться, принимать пищу и др. Туалет кожи, полости рта, промежности, помощь тяжелобольным при акте дефекации и мочеиспускания, правильное кормление больных, обеспечение диетического и питьевого режима, своевременная смена белья и другие гигиенические мероприятия — все это входит в понятие «уход за больным». Уход можно определить ещё как помощь больному, обеспечивающую удовлетворение его основных жизненных потребностей во время болезненных состояний. Объем ухода зависит от состояния больного, от характеристики его заболевания и назначенного ему режима. Уход за больным — это лечебное мероприятие, которое является прямой обязанностью медсестры. Только отдельные манипуляции общего ухода за больными — уборка помещений, подача тяжелобольному судна или мочеприёмника, помощь при перекладывании больного, ванна, душ, обтирание, смена постельного белья

для поступившего больного, у больных с общим режимом и тяжелобольных, доставка исследуемого биологического материала (кала, мокроты, мочи) в лабораторию и т. д. могут выполняться младшим медицинским персоналом при постоянном контроле со стороны медсестры.

Эффективность лечения и ухода за больными достигается не только уровнем чисто профессиональных знаний и умением медицинских работников. Конечный эффект лечения больного во многом определяется формой и содержанием деловых взаимоотношений врача и медицинской сестры, а также их взаимоотношениями с пациентом. Врач может многому научить сестру, но нередко и средний медицинский работник располагает возможностями значительно расширить познания врача. Врач может получать от медицинской сестры ценнейшую информацию об изменениях в состоянии пациента, его реакциях на лечебные факторы, ибо сестра постоянно находится у постели больного, непосредственно осуществляет уход за ним, выполняет терапевтические процедуры. При необходимости врач обращает внимание медицинской сестры на некоторые объективные и субъективные сдвиги в состоянии пациента, которые следует учесть при подготовке и проведении диагностических и лечебных процедур. Документы, отражающие результаты лабораторных и инструментальных исследований, должны быть недоступны для больного. Не следует обсуждать с больным данные исследований, так как не исключено, что врач уже информировал больного о них, а интерпретация этих данных медицинской сестрой, отличающаяся от сведений, данных врачом, может вызвать сомнение и недоверие к врачу или стать причиной ятрогении. Используя навыки ухода за больными, чуткая и тактичная медсестра должна помогать больному преодолеть тягостные ощущения, ограждать его от отрицательного влияния внешних раздражителей, а также отвлекать его от чрезмерного внимания к своему заболеванию.

В настоящее пособие включены наиболее важные описания основных манипуляций, связанных с уходом за больным. Главной целью обучения является практическое овладение навыками и приемами в объеме обязанностей среднего и младшего медицинского персонала.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПОСТА

### 1. Оформление истории болезни в стационаре, поликлинике, диспансере. Заполнение паспортной части истории болезни

**В СТАЦИОНАРЕ** — форма 003/У (карта стационарного больного) является основным медицинским документом, составляемым для каждого больного. Предназначается для записи результата наблюдения за состоянием больного в течение всего периода лечения. Сначала заполняется паспортная часть: Ф.И.О., пол (м, ж), возраст, постоянное место жительства, место работы, должность, кем направлен, по каким показаниям направлен больной, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении, дата и время поступления.

Номер истории болезни должен совпадать с номером регистрации больного в приемном покое.

Больному измеряют температуру и результат записывают в историю болезни. Затем в смотровом кабинете больного осматривают на педикулез. После осмотра врач отмечает необходимость санитарной обработки, определяет отделение, на которое направляется больной, и способ его транспортировки.

История болезни хранится в архиве 25 лет.

**В ПОЛИКЛИНИКЕ** — форма 025/У (амбулаторная карта больного) заполняется при первичном обращении больного в поликлинику и ведется на протяжении жизни больного. В амбулаторной карте отмечают: все жалобы больного, температуру, результаты обследования, диагноз и режим больного во время лечения.

**В ДИСПАНСЕРЕ** — в форме 030/У (диспансерная карта) отмечается: дата постановки на учет, паспортная часть больного, повод для диспансеризации, сколько раз в году подлежит осмотру, даты, когда являлся, что сделано и назначено, отметки о негрудоспособности.

## **2. Оформление книги регистрации поступающих в стационар, регистрация в журнале выписанных**

Журналы являются источником информации о больном для различных справок, для учета поступивших и выбывших больных.

**Форма 001/У** — (книга регистрации поступающих в стационар) заполняется медсестрой приемного покоя: Ф.И.О. больного, пол (м, ж), возраст, место работы, профессия, кем направлен и когда, № истории болезни, дата и время поступления, диагноз направившего учреждения и установленный при поступлении. Отмечаются причина отказа в госпитализации и мероприятия по оказанию первой помощи.

**Журнал выписанных больных** заполняет старшая сестра отделения, в нем она отмечает: паспортные данные больного, диагноз при поступлении и при выписке, количество койко-дней, проведенных в стационаре (день поступления и день выписки считается за 1 день), номер истории болезни и номер больничного листа.

## **3. Заполнение экстренного извещения**

**Цель:** предупреждение распространения инфекционных заболеваний.

**Форма 058/У** — (карта экстренного извещения) составляется медработником, выявившим инфекционное заболевание или профотравление с целью предупреждения распространения инфекционных заболеваний. Отмечают: Ф.И.О., адрес, место работы, учебы, дату заболевания, какие проведены мероприятия (первичные), где и чем отравлен, срок и место госпитализации, дату и час первичной сигнализации о заболевании. Подпись медработника.

**Форма 058/У** посылается в санэпидстанцию в течение не более 12 ч с момента выявления!

## **4. Составление статистических форм**

**Цель:** учет заболеваемости населения по возрастным группам, учет характера заболеваний.

**Форма 025/2У** — (талон регистрации) заполняется на больного в момент обращения в медицинское учреждение. Записываются пас-

портные данные, диагноз. Талон регистрации передается в статистический кабинет для получения сведений о заболеваемости населения.

**Форма 266/У** — (статистическая карта выбывшего больного) содержит краткие данные из истории болезни, отмечается, сколько дней провел в стационаре, выздоровел или умер. Данные передаются в статистический кабинет.

Пол, возраст, лет	Мужчины				Женщины				Оба пола			
	0-4	15-29	30-59	60-90	0-14	15-29	30-59	60-90	0-14	15-29	30-59	60-90
Диагноз												
Пневмония												
Ревматизм												

## 5. Антропометрия больных

**Цель:** определение физического развития человека.

**Антропометрия** — измерение ряда конституциональных характеристик. К антропометрическим исследованиям относятся: измерение окружности грудной клетки, продольных и поперечных размеров таза, имеющих большое значение в акушерстве и т.д.

У всех больных при поступлении в стационар принято определять рост, который измеряют в положении пациента сидя или стоя специальным деревянным ростомером, а также массу тела.

Взвешивание больных производят с помощью специальных медицинских весов натошак, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и освобождения кишечника.

Измерение антропометрических данных, прежде всего роста и массы тела, имеет большое значение и для клинической практики, в частности, для диагностики некоторых заболеваний: ожирения, алиментарной дистрофии, нарушений функций гипофиза и др.

Измерение окружности грудной клетки (при спокойном дыхании, глубоком вдохе и выдохе) играет определенную роль в диагностике заболелваний легких.

Регулярное взвешивание больного является надежным методом контроля отеков.

Динамометрия позволяет измерить силу мышц.

Все измерения проводят 3 раза, объективными (правильными) величинами считают максимальные показания.

## **6. Оформление направления в лабораторно-диагностическое отделение, на консультацию, процедуру**

1. В направлении в лабораторию и на инструментальные обследования (томография, рентген, ЭКГ, ЭЭГ и т.д.) следует указать Ф.И.О. больного, диагноз, цель обследования, дату, наименование лечебного учреждения, отделение, № палаты (при необходимости указать время забора и количество материала), поставить подпись медсестры.

2. В направлении на консультацию указать Ф.И.О. больного, диагноз, цель консультации, наименование лечебного учреждения, отделение, № палаты, дату, поставить подпись врача.

3. В направлении на процедуры указать Ф.И.О. больного, диагноз, цель процедуры, возраст, дату, поставить подпись медсестры.

## **7. Транспортировка и перекладывание больных**

**Цель:** создание максимального покоя для больного.

**Показания:** тяжелое состояние больного.

**Приготовить:** носилки, каталку, простыню, одеяло, кресло-каталку.

1. На носилках, каталках тяжелобольных везут 2–4 человека, идущие не в ногу. Голова больного всегда обращена в сторону движения, кроме спуска по лестнице.

2. При подъеме и спуске больного по лестнице поднимают ножной конец носилок.

3. При перекладывании больного на кровать необходимо каталку поставить ножным концом к головному концу кровати и встать лицом к больному:

- а) один сотрудник подводит руки под шею и туловище больного, другой — под поясницу и ноги;
- б) поднять и перенести больного, укрыв одеялом.

## **8. Выбор назначений из истории болезни**

Ежедневно палатная медсестра после обхода выписывает из истории болезни все назначения в следующие документы:

1. *Тетрадь назначений*, где для каждого больного отведен отдельный лист, куда вносятся все назначения больного.

2. *Лист назначений*, где назначаются лекарства, вводимые парентерально (для процедурной медсестры).

3. *Тетрадь разовых назначений*, проводимых перед сном.

При назначении больному нового лекарства палатная медсестра сообщает о нем старшей медсестре для выписки лекарства из аптеки. Об отсутствии необходимого лекарства медсестра обязана сообщить врачу.

## **9. Прием и сдача дежурств**

1. При передаче дежурств обе сестры, сдающая и принимающая дежурство, обходят все палаты, проверяют тяжелобольных и вновь поступивших и их экстренные назначения; санитарное состояние помещений, запас чистого белья, инвентарь, шприцы, термометры, предметы ухода.

2. Медсестре, принимающей дежурство, передается журнал разовых назначений, в котором отражены все назначения, выполняемые перед сном, лабораторные и инструментальные исследования, к которым необходимо подготавливать больных.

3. Журнал учета расхода наркотических средств хранится в сейфе «А». В журнале расписываются обе медсестры.

4. Журнал учета расхода ядовитых и сильнодействующих средств хранится в сейфе «В». После предварительной проверки наличия этих средств в сейфе согласно записям в журнале расписываются обе медсестры.

5. После проверки содержимого сейфов и записей в журналах ключи от сейфов передаются дежурному врачу.

**Запомните!** Медсестра не имеет права покинуть пост, пока не придет смена.

## МЕТОДИКА ОБЩЕГО ОСМОТРА БОЛЬНОГО

### 1. Исследование пульса на лучевой артерии

#### *Последовательность выполнения*

1) Взять руки больного, свободно лежащие ладонями вниз (правой—левую, левой—правую).

2) II, III, IV пальцами прижать лучевую артерию у основания большого (I) пальца.

3) Дать следующую характеристику пульса:

*симметричность* — совпадение пульсовых ударов на обеих руках по наполнению (если пульс симметричен, дальнейшую характеристику дают по одной руке);

*ритмичность* — равномерное чередование пульсовых волн. При неравномерном чередовании пульс считается аритмичным;

*частота* — количество пульсовых ударов в минуту. В норме 60–80 уд/мин. Чаше 80 уд/мин — тахикардия, реже 60 уд/мин — брадикардия;

*наполнение* — характеризует наполненность артерии кровью. Различают слабый, нитевидный, полный пульс;

*напряжение* — определяют по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить ее пульсовые колебания. Различают умеренный, напряженный, мягкий пульс.

В температурном листе отмечают частоту пульса точками красного цвета.

### 2. Определение частоты дыхательных движений и регистрация результатов

#### *Последовательность выполнения*

1) При положении больного лежа взять его руку, как для подсчета пульса, и вместе со своей рукой положить на грудь больного.

2) По экскурсии грудной клетки (вдох, выдох) подсчитать число дыхательных движений (ЧДД) за 1 мин; в норме ЧДД равно 16–20 ДД/мин.

3) При подсчете ЧДД больной не должен фиксировать внимание на этой процедуре.

4) Результаты подсчета занести в температурный лист: по горизонтали точками зеленого цвета отмечают ЧДД, по вертикали — дату. При соединении этих точек получают графическое изображение динамики ЧДД за период наблюдения за больным.

### **3. Измерение АД и регистрация результатов**

*Цель:* определение состояния сердечно-сосудистой системы.

#### *Последовательность выполнения*

1) Положение больного сидя или лежа, рука разогнута, ладонью вверх, на одном уровне с аппаратом.

2) На обнаженное плечо левой руки больного наложить манжетку на 2–3 см выше локтевого сгиба, между манжеткой и рукой должен проходить палец, трубка манжетки обращена вниз.

3) Соединить трубку манжетки с манометром аппарата и закрыть вентиль.

4) Определить пальцем пульсирующую локтевую артерию и приложить к ней фонендоскоп.

5) Наблюдая за стрелкой манометра, нагнетать грушей воздух несколько выше предполагаемого давления.

6) Открыть вентиль и медленно выпускать воздух, наблюдая за шкалой манометра.

7) Отметить цифру, на уровне которой появился первый удар пульсовой волны, — она должна соответствовать верхнему систолическому давлению. Цифра манометра, на уровне которой исчезли пульсовые волны, соответствует нижнему диастолическому давлению.

8) Разъединить трубки, снять манжетку.

9) Данные внести в температурный лист карандашом красного цвета в виде заштрихованного прямоугольника — верхняя граница соответствует систолическому давлению, а нижняя граница — диастолическому.

### ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БОЛЬНОГО

#### 1. Приготовление постели больному.

##### Функциональная кровать

**Цель:** создание максимального удобства больному в постели.

**Приготовить:** матрац, наматрачник, две подушки, одеяло, комплект белья.

##### *Последовательность выполнения*

- 1) Проверить сетку кровати, она должна быть хорошо натянута.
- 2) Постелить на матрац клеенку, покрыть простыней.
- 3) Надеть наволочки на подушки.
- 4) Надеть пододеяльник на одеяло.
- 5) На каретку кровати повесить полотенце.

Постельное белье меняют 1 раз в 7 дней в плановом порядке и по необходимости.

*Функциональная кровать* предназначена для тяжелобольных. Она помогает больному принять такое положение, которое облегчило бы его страдания.

##### Применение подголовника, подкладного круга, судна и мочеприемника

1) *Подголовник* применяется для тяжелобольных, которые нуждаются в приподнятом положении верхней части туловища. Упор для ног — для того, чтобы сохранять положение, которое ему придали.

К кроватным приспособлениям относятся приспособления для поднятия и передвижения кровати, столик для кормления больного.

2) *Подкладной круг* применяется для длительно лежащих больных с целью профилактики пролежней.

3) *Судна* бывают: резиновые (в основном для тяжелобольных), металлические с эмалевым покрытием, фаянсовые.

Подача: необходимо подавать судно теплым, для этого в судно наливают теплой воды. Дезинфекция в 5 %-ном растворе хлорамина. Больного желательно отгородить от других больных. Необходимо положить судно таким образом, чтобы промежность находилась над отверстием, ручка была направлена в сторону коленей.

*Мочеприемники* бывают: стеклянные, резиновые. Подразделяются на мужские и женские. Необходимо подавать теплым. После пользования мочеприемник прополоскать дезинфицирующим раствором и водой.

## **2. Смена постельного и нательного белья**

**Цель:** соблюдение личной гигиены.

### **Продольный способ**

- 1) Сменить пододеяльник и наволочки, отложить их в сторону.
- 2) Чистую простыню свернуть в трубочку по долевой стороне до середины.
- 3) Повернув больного на бок, свернуть освободившийся край грязной простыни до спины больного.
- 4) На освободившуюся часть кровати расстелить чистую простыню, свободный конец которой заправить под матрац.
- 5) Повернуть больного на чистый край постели.
- 6) Убрать грязную простыню, а на ее место расправить чистую.
- 7) Уложить больного в исходное положение, положить подушки и укрыть его.

### **Поперечный способ**

- 1) Свернуть чистую простыню в поперечном направлении.
- 2) Приподнять верхнюю часть туловища больного и скатать грязную простыню к пояснице больного, а на освободившуюся часть положить чистую простыню.
- 3) Положить подушки, опустить больного.
- 4) Поднять нижнюю часть туловища больного, убрать грязную простыню, расправить на освободившемся месте чистую.
- 5) Уложить больного, укрыть.

### **Смена нательного белья**

- 1) Подвести руки под крестец больного, захватить край рубашки и подвести ее к голове.
- 2) Поднять руки больному и перевести рубашку через голову.
- 3) Снять рубашку с рук больного.
- 4) Надеть чистую рубашку на руки больного и при поднятых руках перенести ее через голову.
- 5) Расправить рубашку под больным.

Если повреждена рука, рубашку снимают сначала со здоровой руки, затем, перекинув ее через голову, снимают с больной, надевают рубашку в этом случае в обратном порядке.

### 3. Уход за кожей больного

Медсестра следит за соблюдением больными правил личной гигиены и помогает выполнять манипуляции по содержанию кожи в чистоте. Медсестра ведет график приема гигиенических ванн со сменой нательного и постельного белья. Находящимся на постельном режиме ежедневно протирают кожу дезинфицирующим раствором, который сначала подогревают. При протирании кожи больного нужно смочить один конец полотенца, легко отжать и протирать за ушами, шею, спину, грудную клетку, под мышками. Особое внимание уделить паховым складкам и коже под грудными железами.

Ноги моют 1–2 раза в неделю, поставив тазик в постель. Ноги стригут по мере надобности.

При плохом уходе за больным, при длительном вынужденном положении, при ослабленном состоянии, при нарушении функции выделительной системы образуются пролежни.

#### **Профилактика пролежней:**

- 1) Ежедневно осматривать тело больного.
- 2) Менять несколько раз в течение дня положение больного в постели.
- 3) Стряхивать крошки с постели и расправлять складки простыни.
- 4) Под места наибольшего сдавливания подложить резиновый круг.
- 5) Ежедневно протирать дезраствором места возможного образования пролежней.

#### **Уход за кожей при образовании пролежней**

1. При появлении красного пятна смочить деревянную палочку с ватой в растворе 1 %-ной бриллиантовой зелени и обработать кожу 2–3 раза в день.

2. При нарушении целостности кожи:

а) с помощью пинцета и шарика обработать поверхность пролежней  $H_2O_2$ ;

б) после этого обработать пролежни 5%-ным раствором  $\text{KMnO}_4$  (палочкой с ватой);

в) провести облучение кварцевой лампой в области пролежня в течение 3 мин;

г) наложить асептическую повязку с мазью Вишневского.

**Таковую обработку пролежней проводить ежедневно!**

### **Подмывание больных и обработка естественных складок**

**Цель:** профилактика пролежней, опрелостей.

**Показания:** постельный режим больного, уход за больным с *недержанием мочи и кала*.

**Приготовить:** судно, клеенку, пеленку, кувшин со слабым раствором  $\text{KMnO}_4$ , корнцанг, стерильные марлевые тампоны, вазелин или детский крем.

#### ***Последовательность действий***

1) Под крестец больного подстелить клеенку и подставить судно.

2) Попросить больного согнуть ноги в коленях и слегка их развести в стороны.

3) Взять кувшин с приготовленным раствором (температура — 35–38 °С) в левую руку, а корнцанг с марлевым тампоном — в правую.

4) Поливая раствор на половые органы, подмыть больного. Направление движений сверху вниз.

5) Сменить тампон. Сухим тампоном вытереть кожу больного насухо в той же последовательности и в том же направлении.

6) Паховые складки у мужчин обработать вазелином.

**Осложнения:** при неправильной последовательности выполнения процедуры возможен занос инфекции из области заднего прохода в мочеполовую систему.

## **4. Уход за полостью рта, носа, глазами, ушами, волосами**

**Цель:** соблюдение личной гигиены больного, профилактика заболеваний.

**Показания:** пребывание больных на постельном режиме.

### **Уход за глазами**

Смочить стерильный шарик в 0,02 %-ном растворе фурацилина или 1–2 %-ном растворе гидрокарбоната натрия и, слегка отжав его, протереть одно веко по направлению от наружного угла глаза к

внутреннему, шарик выбросить. Затем протереть веко сухим шариком в том же направлении.

**Осложнения:** при обработке глаз нельзя одним и тем же шариком вытирать оба глаза, возможна передача инфекции с одного глаза на другой.

#### **Уход за волосами**

Смочить гребень в слабом растворе уксуса и расчесать волосы: длинные — от концов к корням, а короткие — наоборот. Гребень обработать с мылом, длинные волосы желательно заплести.

#### **Уход за ушами**

Марлю смочить в мыльном растворе и протереть наружный слуховой проход. При скоплении серных пробок смочить ватные фитильки в растворе  $H_2O_2$  и ввести в наружный слуховой проход. Через 2–3 мин извлечь их и сухими ватными фитильками, вращательными движениями прочистить слуховые проходы.

**Осложнения:** при обработке ушей вату нельзя наматывать на твердые предметы, возможна травма слухового прохода.

#### **Обработка носа**

Смочить в масле ватные фитильки и поочередно ввести их в правую и левую ноздрю на 1–3 мин. Затем вращательным движением извлечь их.

**Осложнения:** при обработке полости носа нельзя пользоваться острыми предметами, чтобы не поранить слизистую.

#### **Обработка полости рта**

После приема пищи полоскать рот подсоленной водой. Два раза в день медсестра должна помогать больному почистить зубы. На ночь снимаются съемные протезы, промываются проточной водой с мылом и хранятся в сухом стакане под салфеткой. Зубы обрабатывают раствором фурацилина. Нижние зубы обрабатывают снизу вверх, верхние наоборот.

Для обработки языка надо на шпатель накрутить марлевую салфетку, смочить в приготовленном растворе и протереть со всех сторон. Прополаскивают рот с помощью грушевидного баллона или шприца Жанэ.

При обработке полости рта используют: глицерин с бурой, фурацилин, физиологический раствор.

**При обработке полости рта следить, чтобы вода не попала в дыхательные пути!**

## ЗАНЯТИЕ IV

### ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ

**Цель:** организация питания больных строго по предписанной диете. Медсестра ежедневно утром составляет порционное требование в 2-х экземплярах: в столовую и старшей медсестре. Старшая медсестра суммирует порционные требования и составляет меню-раскладку, которая передается на кухню для приготовления по нему определенного количества блюд по указанным диетам.

#### Порционное требование

на питание больных на "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_г.

Сведения о наличии больных по состоянию  
на "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_г.

Палаты	Кол-во больных	В том числе по диетам					
		15	1	7а	5	9	10
7	6	1		3		2	
Бокс	2		1		1		
Интенсивная терапия	6			1			5

#### Раздаточник лечебных столов

павильон № \_\_\_\_\_ этаж № \_\_\_\_\_

№ стола	Ф.И.О. больного	№ стола	Ф.И.О. больного

#### 1. Раздача пищи

Раздачу пищи осуществляют буфетчица и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования (см. выше). Больные, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой.

Больным на постельном режиме доставляют пищу в палату. Перед раздачей пищи медсестра надевает халат, маркированный «для раздачи пищи», и моет руки!

Тяжелобольных кормят в палате. Перед кормлением необходимо закончить все процедуры, физиологические отправления, уборку. Больному вымыть руки, грудь накрыть салфеткой. По возможности придать удобное положение. Если положение больного полусидячее, то медсестра левой рукой поднимает голову вместе с подушкой, а правой рукой подносит ложку с пищей или поильник с жидкой пищей ко рту.

По окончании процедуры все убрать, стряхнуть крошки с постели, больного уложить в исходное положение.

## 2. Искусственное питание

**Показания:** непроходимость пищеварительного тракта (опухоль, рубцы); операции на пищеводе, желудке, кишечнике; истощение; при подготовке к операции; некоторые заболевания (травмы) полости рта, пищевода, желудка.

Существует несколько способов искусственного питания: через зонд, вводимый в желудок; с помощью гастростомы, питательной клизмы, а также минуя желудочно-кишечный тракт (парентерально).

## 3. Зондовое питание

Используют различные смеси, содержащие бульон, молоко, масло, сырые яйца, соки, гомогенизированные мясные и овощные диетические консервы, а также детские пищевые смеси. Введение питательных веществ через зонд или гастростому производят фракционным путем, т.е. отдельными порциями (5–6 раз в день).

Медсестра должна хорошо владеть методикой кормления больного через зонд.

**Приготовить:** стерильный тонкий резиновый зонд (Ø 5–8 мм), вазелин, воронку или шприц Жанэ, подогретую пищу (60–80 мл).

### *Техника проведения*

1) Зонд вводится через нос на глубину 15–18 см. Чтобы зонд не попал в трахею, его контролируют, прижимая пальцем левой кисти к задней стенке глотки!

2) Голову больного наклоняют вперед и продвигают зонд немного вперед. Если во время выдоха из зонда не выходит воздух, сохранен голос больного, то зонд в пищеводе.

3) Конец зонда соединяют с воронкой.

4) Медленно вливают в воронку пищу.

5) Затем вливают небольшое количество воды (промывают зонд).

6) Удаляют воронку. Зонд крепят на голове больного, найдя удобное его положение.

**Через гастростому** также используют зонд с воронкой на конце. Порции по 50–60 мл 5–6 раз в день.

**Для парентерального введения** используют донорскую кровь, плазму, гидролизаты белков, растворы глюкозы; жировые, солевые растворы, содержащие электролиты, минеральные вещества, витамины.

Препараты для парентерального питания чаще всего вводят в/в.

**Через клизму** вводится вода (при обезвоживании, неукротимой рвоте и т. д.), физиологический раствор, раствор аминокислот и пр.

## З А Н Я Т И Е V

### УХОД ЗА ЛИХОРАДЯЩИМ БОЛЬНЫМ

**Лихорадка** — это повышение температуры в результате нарушения терморегуляции.

Лихорадки различают по высоте, длительности и характеру колебаний.

По *высоте*: субфебрильная (до 38 °С), умеренно-повышенная (от 38 до 39 °С), высокая пиретическая (от 39 до 41 °С), очень высокая гиперпиретическая (от 41 °С и выше).

По *длительности*: мимолетная (несколько часов), острая (до 15 дней), подострая (до 45 дней), хроническая (свыше 45 дней).

По *характеру колебаний* температуры тела: постоянная (39–40 °С), суточные колебания в пределах 1 °С; послабляющая (ремитирующая) — суточные колебания 1,5–2 °С, без снижения до нормы; перемежающаяся (интермиттирующая) — чередование периодов повышенной температуры и нормальной в течение одного дня; истощающая-септическая (гектическая) — суточные колебания 4–5 °С с

падением температуры до нормы и ниже; извращенная — утренняя температура выше вечерней; волнообразная — периоды постоянных повышений температуры сменяются периодами нормальной, периоды длятся по несколько дней.

### Три периода

**I период** — повышение температуры (повышение теплопродукции и уменьшение теплоотдачи). *Клиническая картина*: озноб, цианоз губ, конечностей, головная боль, плохое самочувствие. Чем быстрее повышается температура, тем сильнее выражены эти симптомы.

**II период** — максимального повышения температуры тела. *Клиническая картина*: усиление интоксикации, головная боль, чувство жара, сухости во рту, резкая слабость, ломота, возможны бред, галлюцинации.

**III период** — снижение температуры может происходить резко с высоких цифр до нормальных (кризис, или критическое падение температуры) или постепенно, на 1–1,5 °С каждый день (лизис, или литическое падение температуры). При кризисе — резко снижается тонус сосудов, падает АД, частый, слабый нитевидный пульс, резкая слабость, обильное потоотделение, конечности холодные, цианоз губ. При лизисе — небольшая испарина, слабость, больной часто засыпает.

## 1. Термометрия: измерение температуры тела и регистрация результатов

Измерение температуры тела носит название *термометрия*.

Термометрию проводят в подмышечной впадине, в паховой складке (у детей), в полости рта, прямой кишке и во влагалище. Продолжительность измерения 7–10 мин. Термометр должен быть сухим. Ртуть на уровне ниже 35 °С.

При проведении термометрии *в прямой кишке* больной поворачивается на бок, термометр, предварительно смазанный вазелином, вводят в просвет прямой кишки на глубину 2–3 см. При измерении температуры *в паховой складке* ногу сгибают в тазобедренном суставе. При измерении температуры *в полости рта* термометр помещается под язык. Температура в полостях на 0,5–1 °С выше.

После измерения термометры протирают дезраствором и хранят в специальной банке, на дно которой кладут слой ваты и наливают 1/3 объема 0,5%-ного раствора хлорамина.

**Температурная кривая** — это ломаная линия, полученная при последовательном соединении показаний температуры. Температура тела измеряется 2 раза в день (утром в 7 ч 30 мин и вечером в 17 ч 00 мин). По показаниям измеряется чаще. Результаты измерения наносятся на температурный лист в виде кривой. Результаты измерения находятся в истории болезни. Утром результаты температуры передаются в справочное отделение.

## 2. Уход за лихорадящим больным

**I стадия** — уложить в постель, согреть, дать сладкий чай, ацетиловую кислоту.

**II стадия** — постельный режим, при бреде, галлюцинациях — индивидуальный пост. Тщательное наблюдение за больным — при ухудшении состояния известить врача. Следить за физиологическими отравлениями. При головной боли — пузырь со льдом на голову, при сухости во рту — полоскание рта, губы смазать жиром.

*Питание дробное:* часто, понемногу, пища полужидкая, жидкая, легкоусваиваемая, *питье обильное:* морсы, компоты, чай с лимоном, малиной, липовый цвет. *Частая смена белья.*

**III стадия** — кризис — согреть, дать крепкий чай, кофе, протирать кожу, менять белье. По назначению врача ввести 10 %-ный раствор кофеина 1 мл или 25 %-ный раствор кардиамина 2 мл.

Лизис — смена белья, чистота кожи, профилактика пролежней, расширение диеты.

## З А Н Я Т И Е VI

### ПРОСТЕЙШИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

#### Применение горчичников

**Цель:** вызвать расширение сосудов; усилить приток крови к какому-нибудь участку тела.

**Показания:** воспаление легких и бронхов; спазм сосудов или бронхов; при мышечных и нервных болях.

**Противопоказания:** заболевания кожи; кровотечения; аллергия на горчицу.

**Приготовить:** воду (40–42 °С), горчичники, полотенце, бумагу (если кожа чувствительная). Горчичники надо проверить на качество: острый запах горчицы, не должны осыпаться.

***Последовательность действий***

1) Намочить в теплой воде и приложить к коже больного (за исключением области подошв, ладоней, позвоночника).

2) Прикрыть полотенцем.

3) Держать до появления стойкого покраснения, но без пузырей 10 мин.

4) Снять, смыть горчицу теплой водой и высушить кожу.

5) Больного укрыть и оставить в постели под одеялом.

**Контроль качества процедуры:** покраснение кожи, жжение.

**Применение горчицы**

1) Горчичные ванны (длительность 20–30 мин) при температуре 40 °С.

2) Горчичное обертывание.

**Осложнения:** раздражение кожи, ожог кожи.

## 2. Постановка банок

**Цель:** вызвать кровоизлияние в коже, подкожной клетчатке с целью рефлекторного воздействия на кровообращение подлежащих тканей и улучшения рассасывания воспалительных инфильтратов.

**Показания:** воспаление легких и бронхов, невралгии (боли).

**Противопоказания:** легочные кровотечения, туберкулез и опухоли легких, истощение больного, возбуждение.

**Приготовить:** банки, вазелин, факел, горючее средство.

Банки должны быть вымыты, вытерты, края проверены на целостность

***Последовательность действий***

1) Больного положить на живот.

2) Смазать спину вазелином.

3) Взять банку в левую руку, правой рукой ввести факел в банку, быстрым движением вывести и поставить банку (не прихлопывая сильно).

4) Больного укрыть, банки держать 20 мин.

5) Снять банки, нажимая на кожу у края банки.

6) Снять вазелин.

7) Укрыть больного.

Постельный режим соблюдать 30 мин.

**Контроль качества процедуры:** кровоизлияние на коже.

**Нельзя ставить банки на кости лопаток и позвоночник!**

### 3. Постановка согревающего компресса

**Цель:** вызвать расширение сосудов и усиленное снабжение кровью для рассасывания воспалительных изменений.

**Показания:** воспалительные заболевания в любой области тела.

**Противопоказания:** нагноения, заболевания кожи, свежие травмы, кровотечения.

**Приготовить:** кусок мягкой гигроскопической материи, компрессную бумагу, серую вату, бинт, жидкость комнатной температуры (вода + водка, одеколон + вода, камфорное масло, камфорный спирт + вода).

#### **Техника проведения**

1) Смочить ткань в жидкости и хорошо отжать.

2) Приложить ее к намеченному месту, сверху бумагу, затем вату прибинтовать. Каждый последующий слой выше (ниже) предыдущего на 2 см.

3) Длительность действия 6–8 ч.

4) Снять компресс, оставив вату. При необходимости процедуру можно повторить через 12 ч.

Если появилось раздражение кожи, то это место припудрить тальком, компрессы пока не ставить.

**Контроль качества процедуры:** через 30 мин после постановки компресса больной должен чувствовать тепло. При снятии компресса ткань должна быть влажной. Если она сухая, то компресс поставлен неправильно.

**Осложнения:** раздражение кожи, ожог.

### 4. Применение грелки

**Цель:** усилить приток крови, вызвать расслабление мышц, согревающий эффект.

**Показания:** воспалительные процессы, спазмы мускулатуры желудка, желчного пузыря, мочевыводящих путей, при гипертоническом кризе.

**Противопоказания:** ушибы в первые сутки, кровотечения, боли в животе (по неизвестной причине), инфицированная рана, злокачественные новообразования.

**Приготовить:** грелку, полотенце, горячую воду ( $T = 60\text{ }^{\circ}\text{C}$ ).

**Техника проведения**

- 1) Наполнить грелку водой.
- 2) Выдавить воздух.
- 3) Плотно закрыть и проверить, не течет ли вода.
- 4) Обернуть полотенцем и приложить к определенному месту.

Длительность зависит от характера заболевания (от 1 до нескольких часов).

**Контроль качества процедуры:** чувство тепла у больного, кожа розовая, теплая.

**Осложнения:** ожог кожи.

## 5. Применение пузыря со льдом

**Цель:** уменьшить приток крови в результате спазма сосудов.

**Показания:** кровотечения, ушибы, головная боль при высокой температуре.

**Противопоказания:** практически нет.

**Приготовить:** пузырь со льдом, полотенце.

**Техника проведения**

- 1) Разбить лед в тарелке.
- 2) Наполнить пузырь льдом наполовину.
- 3) Обернуть пузырь полотенцем и приложить к телу больного или подвесить.
- 4) По мере таяния льда воду сливать и добавлять лед.
- 5) Держать 15 мин, если нужно, то дольше, но снимая на 10 мин, затем снова прикладывать на 15 мин.

Общая продолжительность — несколько часов.

**Осложнения:** переохлаждение участка тела.

## 6. Медицинские пиявки

Медицинские пиявки выделяют антикоагулянтное вещество — гирудин. Пиявка пригодна к употреблению, если она активна, с выраженным рефлексом сокращения.

**Показания:** гипертонический криз, тромбоз коронарных, мозговых, периферических сосудов.

**Противопоказания:** кровоточивость, анемия, сепсис, лечение антикоагулянтами, заболевания кожи.

### **Место приложения:**

- 1) сосцевидный отросток — на расстоянии 1 см от ушной раковины вертикально 2–3 штуки,
- 2) на область сердца, отступая 1 см от края грудины,
- 3) вдоль затромбированной вены, отступая 1 см от нее,
- 4) вокруг прямой кишки.

### **Техника проведения**

- 1) Бреют кожу, обрабатывают спиртом.
- 2) Моют теплой кипяченой водой с детским мылом, осушивают ватой.

3) Кожу можно смочить стерильным раствором глюкозы.

4) Затем берут пиявки руками и прикладывают к месту.

Существует 2 метода:

— с *кровозвлечением* — до отпадения пиявок;

— без *кровозвлеченя* — снимают после присасывания.

**Осложнения:** аллергические реакции, нагноения, кровотечения.

**Уход после процедуры:** стерильная сухая повязка с большим количеством ваты. На следующий день обработка ранок 5 %-ным раствором йода, на края кровоточащей ранки наносятся 1–2 кристалла перманганата калия, затем сухая стерильная наклейка. В последующие дни обработка йодом до полного отпадения струпуев.

## НАРУЖНЫЕ И ЭНТЕРАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

### 1. Выписка требований на лекарственные вещества, их получение и хранение

Проверяя назначения, сделанные врачом в истории болезни, палатная медсестра ежедневно составляет заявки на необходимые лекарственные препараты и подает их старшей медсестре отделения.

На основании этих заявок старшая медсестра выписывает специальные требования, которые заверяются заведующим отделением и направляются в аптеку. После получения из аптеки лекарственных препаратов старшая медсестра перед тем, как передать их на медпосты, тщательно проверяет соответствие лекарственных средств выписанным требованиям, наличие этикеток с указанием названия препарата, его дозы, дату изготовления.

Требования на ядовитые, наркотические препараты и этиловый спирт выписывают на латинском языке на отдельных бланках со штампом, печатью и подписью руководителя лечебного учреждения.

**Получает лекарства из аптеки только медперсонал!**

#### **Хранение**

1. Лекарства для парентерального введения хранят в процедурных кабинетах в стеклянных шкафах, где их располагают по группам с учетом механизма действия.

2. Лекарства для наружного и внутреннего применения хранят на посту у медсестры в специальных шкафах на разных полках с обозначениями: «наружное», «внутреннее». Шкаф закрывается на ключ.

3. Лекарства, разлагающиеся на свету, хранят в темных флаконах в защищенном от света месте.

4. Скоропортящиеся лекарства хранят в холодильнике.

5. Сильнопахнущие и легковоспламеняющиеся средства хранятся отдельно.

#### **Запрещается:**

1) менять упаковку, этикетки на лекарствах;

2) объединять одинаковые лекарственные вещества из разных упаковок в одну;

3) хранить лекарства без этикеток.

**Признаки порчи лекарств:** появление налетов, хлопьев, изменение цвета, запаха.

## **2. Учет и хранение ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарств**

### **Учет**

1. Наркотические средства подлежат учету в специальном журнале «прихода—расхода». Страницы в журнале пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью. На каждый наркотический анальгетик отведен отдельный лист, где указано наименование лекарства, его количество, дата применения, Ф.И.О. больного, № истории болезни, количество использованных ампул, их остаток, подписи медсестры и врача.

2. В истории болезни и в листках назначения отмечают дату и время введения препарата, количество, подписи врача и медсестры.

3. Пустые и неиспользованные ампулы, журнал «прихода—расхода», ключи от сейфа передаются дежурному врачу.

4. Утром пустые ампулы сдаются старшей медсестре.

### **Хранение**

1. Наркотические средства и яды хранят в одном сейфе, маркированном буквой «А».

2. Сильнодействующие средства хранят в шкафах, маркированных буквой «Б».

3. На внутренней поверхности дверок сейфа должен прикрепляться перечень препаратов, находящихся в нем, с указанием высших разовых и суточных доз.

4. Запас наркотических средств не должен превышать 3-дневной потребности в них, запас сильнодействующих — 10-дневной потребности.

**За хищение наркотических препаратов медицинские работники несут уголовную ответственность!**

## **3. Раскладка и раздача лекарственных веществ для внутреннего употребления**

При раздаче лекарств чаще всего пользуются лотками, разделенными на ячейки соответственно общему числу больных. Над каждой

ячейкой написана фамилия больного. Палатная медсестра перед общей раздачей производит раскладку лекарств в каждую ячейку, постоянно сверяясь с тетрадью врачебных назначений, а затем разносит их по палатам.

Лекарства принимаются в строго назначенное время и согласно инструкции его применения:

— больной принимает лекарство в присутствии медсестры (за исключением средств, применяемых во время еды или на ночь);

— лекарства, назначенные до еды, принимаются за 15 мин до приема пищи, а после еды — через 15 мин после приема пищи, натошак — за 20–30 мин до завтрака;

— снотворные принимают за 30 мин до сна;

— нитроглицерин, валидол закладывают под язык до полного растворения (они находятся постоянно у постели больного);

— драже, капсулы, пилюли принимают в неизменном виде;

— настои, отвары, микстуры принимают по столовой ложке;

— порошок высыпают на корень языка больного;

— спиртовые настойки отливают пипеткой в мензурку и разбавляют небольшим количеством воды.

**Медсестра не имеет права назначать лекарство самостоятельно, заменять одни лекарства другими.**

Каждый случай применения сильнодействующих и наркотических средств фиксируется в специальной тетради с указанием фамилии больного и № истории болезни.

При необходимости применения какого-либо наркотического вещества, медсестра набирает его из ампулы и вводит больному в присутствии врача, после чего врач удостоверяет своей подписью в истории болезни факт введения наркотического вещества.

## СПОСОБЫ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

### 1. Сборка стерильных шприцев.

#### Набор лекарств из ампул и флаконов

**Приготовить:** шприцы, иглы, стерилизатор, 2 подъемника, тройной раствор, 2 пинцета (в тройном растворе и в стерилизаторе), флакон с лекарством, ампулы, бикс, спирт, почкообразный тазик, пилки для ампул, вату.

#### *Техника выполнения*

1) Подготовить руки (протереть спиртом, надеть перчатки), открыть стерилизатор.

2) Взять пинцет из тройного раствора.

3) Извлечь из стерилизатора пинцетом подъемники.

4) Подцепить подъемниками сетку стерилизатора.

5) Слить воду.

6) Опустить сетку в стерилизатор.

7) Пинцетом из тройного раствора достать пинцет из стерилизатора.

8) Далее работать только пинцетом из стерилизатора.

9) Собрать шприц:

— захватить пинцетом цилиндр шприца,

— переложить его в левую руку,

— пинцетом взять головку поршня и вставить ее в цилиндр,

— вращательными движениями продвинуть поршень до конца цилиндра,

— пинцетом взять иглу за муфту и насадить ее на канюлю цилиндра,

— притереть иглу рукой, держа за муфту,

— проверить проходимость иглы (придерживая указательным пальцем муфту и пропуская через иглу воздух),

— собранный шприц положить на крышку стерилизатора.

10) Взять флакон или ампулу.

**Посмотреть название лекарства!**

11) Снять пинцетом с флакона металлический колпачок, шейку ампулы обработать спиртом.

12) Надрезать ампулу и обломить. Резиновую часть флакона обработать спиртом.

13) В ампулу ввести иглу, надетую на шприц, набрать лекарство из ампулы.

14) Крышку флакона проколоть иглой, набрать нужное количество лекарства.

15) Сменить иглу.

16) Приготовить два ватных тампона, смоченных в спирте.

## **2. Определение чувствительности к антибиотикам: внутрикожная проба, накожная проба**

**Приготовить:** шприцы с набором игл, флакон с антибиотиком, 0,5%-ный раствор новокаина или воду для инъекций, спирт, бикс со стерильным материалом.

### **Внутрикожная проба**

#### **Техника выполнения**

1) Собрать шприц.

2) Снять с флакона металлический колпачок, центральную часть обработать спиртом.

3) Набрать в шприц раствор новокаина.

4) Ввести во флакон и растворить антибиотик.

5) Изъять из флакона такое количество полученного раствора, чтобы во флаконе осталось 100 000 Ед антибиотика.

6) Далее ввести во флакон раствор новокаина в том количестве, которое изъяли. В 1 мл содержится (в данном случае) 10 000 Ед антибиотика, в 0,1 мл содержится 1000 Ед антибиотика.

7) Набрать в шприц 0,1 мл (1000 Ед) раствора.

8) Сменить иглу.

9) Положить шприц на крышку стерилизатора.

10) Приготовить два спиртовых тампона.

11) Обработать внутреннюю поверхность предплечья.

12) Выпустить воздух из шприца.

13) Зафиксировать место инъекции.

14) Ввести иглу так, чтобы острие вошло под роговой слой.

15) Ввести лекарство.

16) Проверить пробу через 30 мин.

Если в месте введения нет покраснения, припухлости, то проба отрицательная, данный антибиотик вводить можно.

#### **Накожная проба**

- 1) развести антибиотик;
- 2) нанести пипеткой на внутреннюю поверхность предплечья 2 капли;
- 3) скарификатором сделать надрез (крови не должно быть);
- 4) через 30 мин, если нет покраснения, то проба отрицательная, данный антибиотик вводить можно.

### **3. Выполнение подкожной инъекции**

**Приготовить:** стерильный лоток со шприцами, шарики со спиртом.

#### **Места инъекции:**

- наружная поверхность плеча,
- наружная поверхность бедра,
- брюшная стенка,
- подлопаточная область.

#### **Последовательность действий**

1) Обработать кожу в месте инъекции последовательно двумя шариками со спиртом (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).

2)левой рукой взять кожу в складку.

3) Взять шприц в правую руку и ввести иглу под кожу в основание кожной складки под углом  $40^\circ$  к коже на глубину 15 мм (2/3 иглы).

4) Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.

5) Место вкола прижать шариком со спиртом и извлечь иглу.

6) Провести легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи, и убрать вату.

При введении под кожу масляного раствора надо предварительно его прогреть (на 5 мин опустить в теплую воду).

**Осложнения:** лекарственная эмболия, постинъекционные абсцессы, инфильтрат, поломка иглы, при неправильном выборе места инъекции — повреждение нервных стволов, сосудов.

## 4. Расчет и введение инсулина

**Приготовить:** стерилизатор с держателями, пинцетом, шприцем и иглами (шприц 1 мл, 2 мл, иглы — одна для внутримышечных (в/м) инъекций, две — для подкожных (п/к), бикс со стерильным материалом (шарики ватные, салфетки марлевые), флакон со спиртом, банка с пинцетом в тройном растворе, флакон с инсулином.

### **Техника манипуляций**

1) Приготовить флакон с заданным инсулином. Надломить металлический колпачок.

2) Обработать руки.

3) Собрать шприц, положить его на крышку стерилизатора. Положить туда 3 иглы (для набора инсулина, для инъекций) и 3 шарика, смоченных спиртом.

4) Одним шариком протереть резиновую пробку флакона с инсулином.

5) Проколоть иглой пробку флакона, набрать заданное количество единиц инсулина.

6) Поменять иглу, шприц положить на крышку стерилизатора. Шприц с инсулином и шарики накрыть стерильной марлевой салфеткой.

### **Расчет инсулина:**

1 мл инсулина содержит 40 Ед, 0,1 мл содержит 4 Ед инсулина.

Для того чтобы ввести 16 Ед инсулина, надо набрать в шприц 0,4 мл; 24 Ед — 0,6 мл и т. д.

## 5. Выполнение внутримышечной инъекции

**Приготовить:** стерильный лоток со шприцами, спиртовые ватные шарики.

### **Место инъекции:**

— верхний наружный квадрант ягодицы,

— средняя треть наружной поверхности бедра.

**Положение больного — лежа!**

### **Последовательность действий**

1) Обработать кожу в месте инъекции дважды шариками со спиртом (вначале большую поверхность, затем место укола).

- 2) Шприц в правой руке: пятый палец на канюле, остальные на цилиндре, игла обращена вниз.
- 3)левой рукой фиксировать кожу.
- 4) Перпендикулярно коже ввести иглу на 5 см в мышцу.
- 5) Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство. Предварительно убедиться, что в шприц не поступает кровь.
- 6) Извлечь иглу, сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая вату от поверхности кожи.

## **6. Выполнение инъекций антибиотиков.**

### **Расчет и разведение**

**Приготовить:** шприц, иглы, бикс со стерильным материалом, стерилизатор, банку с тройным раствором, пинцет, спирт 76-градусный, флакон с антибиотиком, воду для инъекций, почкообразный тазик.

#### ***Последовательность действий***

- 1) Собрать шприц по правилам.
- 2) Подготовить руки.
- 3) Вскрыть металлический колпачок флакона.
- 4) Протереть спиртом резиновую крышку.
- 5) Ввести во флакон растворитель антибиотика (АБ) из расчета 1 мл на 100000 Ед АБ.
- 6) Растворить антибиотик: 500000 Ед — 5 мл, 1000000 Ед — 10 мл.
- 7) Перевернуть флакон и набрать нужное количество АБ.
- 8) Положить шприц с ватным тампоном на лоток.

#### ***Места введения:***

- верхний наружный квадрант ягодицы,
- мышцы живота,
- наружная поверхность бедер.

#### ***Техника выполнения инъекции:***

- больной лежит на спине, или животе, или на боку,
- обработать место инъекции 10x10 и 5x5,
- зафиксировать кожу,
- ввести иглу на глубину 7–8 см (взрослому) строго перпендикулярно (1 см оставить над кожей),

— подтянуть поршень на себя и, если в шприце нет крови, медленно ввести АБ; если в шприце показалась кровь, то сделать повторно укол,

— введя АБ, быстрым движением удалить иглу и прижать спиртовым ватным тампоном место инъекции.

При введении лекарства в бедро, шприц надо держать как писчее перо, чтобы не повредить надкостницу.

## 7. Выполнение внутривенной инъекции

**Приготовить:** стерильный лоток, стерильный шприц, две иглы, пинцет, шарики, салфетку, спирт, жгут, валик, ампулы с лекарством.

### **Последовательность действий**

1) При положении больного сидя или лежа под локоть больного положить валик, в средней трети плеча на салфетку или рубашку наложить резиновый жгут.

2) Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак.

3) Обработать область локтевого сгиба последовательно двумя шариками, смоченными в спирте, найти наиболее полную вену.

4) Взять шприц в правую руку: указательный палец на канюле иглы, остальные пальцы обхватывают цилиндр сверху.

5) Проверить проходимость иглы, отсутствие воздуха в шприце, название и дозу лекарства.

6) Большим пальцем левой руки зафиксировать вену и, не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх, почти параллельно коже проколоть её, затем осторожно пунктировать вену, пока не ощутите попадание в «пустоту».

7) Проверить, что игла в вене, потянув поршень на себя: в шприце должна показаться кровь.

8) Развязать жгут левой рукой, попросить больного разжать кулак.

9) Не меняя положения шприца, левой рукой нажать на поршень и медленно ввести лекарство, оставив в шприце 1–2 мл.

10) Прижав к месту инъекции спиртовой шарик, извлечь иглу, согнуть руку больному.

**Возможные осложнения:** гематома, воздушная эмболия, тромбоз.

## 8. Выполнение венопункции и взятие крови для исследования

**Показания:** гипертонический криз, забор крови у донора, обследование, уточнение диагноза.

**Противопоказания:** анемии, заболевания крови.

**Приготовить:** стерильный лоток и иглу Дюфо, эластичную трубку, стерильные шарики, смоченные спиртом, жгут, пробирку, флакон на 300–500 мл, стерильные салфетки.

**Последовательность действий**

- 1) Наложить жгут на среднюю треть плеча.
- 2) Обработать область локтевого сгиба последовательно двумя шариками, смоченными спиртом.
- 3) Попросить больного разжимать и сжимать кулак для наполнения вен. Затем кулак зажать.
- 4) Фиксировать вену большим пальцем левой руки.
- 5) Пунктировать вену так же, как для в/в инъекции: иглу держать за канюлю срезом вверх параллельно коже, под иглу положить салфетку.
- 6) Подставить к канюле иглы пробирку или подсоединить к ней соединительную трубку, опустив ее свободный конец во флакон.
- 7) Набрав нужное количество крови, снять жгут, кулак больной должен разжать.
- 8) Извлечь иглу, прижав место инъекции шариком со спиртом; согнуть руку больному.
- 9) Пробирку с направлением отправить в лабораторию.

**Кровоопускание выполняют в присутствии врача!**

## 9. Выполнение внутривенных капельных вливаний

**Цель:** внутривенные вливания применяют для введения в организм больного большого количества различных растворов (от 3 л и более).

Внутривенные вливания применяют, когда необходимо восстановить объем циркулирующей крови, устранить явления интоксикации и т.д.

Если необходимо быстро ввести лекарственное вещество, то пользуются струйными внутривенными вливаниями.

Если лекарственный препарат должен поступать медленно, то применяют капельное введение.

**Приготовить:** флакон с необходимым для вливания препаратом, стерильные спиртовые ватные шарики, салфетки, лейкопластырь (для фиксации иглы), систему для введения лекарства в вену, штатив для капельницы.

#### **Последовательность действий**

1) Сняв с флакона металлический колпачок, протереть центральную часть спиртовым шариком.

2) Во флакон ввести короткую иглу капельницы (через нее потом пойдет жидкость из флакона).

3) Затем ввести длинную иглу капельницы (через нее во флакон будет поступать воздух).

4) На трубке перед капельницей закрыть зажим.

5) Флакон перевернуть вверх дном.

6) Флакон повесить на штатив-подставку для капельниц.

7) Заполнить капельницу раствором:

— поднять трубку, идущую к пункционной игле так, чтобы капельница (в перевернутом виде) оказалась на одном уровне с флаконом,

— снять зажим — жидкость из флакона поступает в капельницу,

— когда она заполнится примерно наполовину, конец трубки с пункционной иглой опустить вниз, и жидкость заполняет эту трубку, вытесняя воздух,

— после того, как весь воздух вытеснен из системы, зажим закрыть.

Система готова к присоединению.

После пунктирования вены систему присоединить к пункционной игле и с помощью зажима установить нужную скорость поступления жидкости (обычно 50–60 кап./мин).

**Вливание прекращают после того, как жидкость перестает поступать в капельницу!**

## НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

### 1. Правила сбора мокроты для различных исследований

**Цель:** выявление возбудителей заболевания и чувствительности их к антибиотикам.

**Приготовить:** стерильные пробирки, стерильную чашку Петри.

**Техника выполнения**

- 1) Объяснить больному, что во время сбора мокроты нельзя касаться краев стерильной посуды руками, ртом.
- 2) Открыть чашку Петри около рта больного, попросить его откашляться в нее, сразу же закрыть крышкой.
- 3) Отправить материал с этикеткой в лабораторию в течение 12 ч. До отправки в лабораторию материал хранить в термостате при температуре 37 °С.

### 2. Взятие мазка из зева и носа

**Цель:** обследование, выявление возбудителя, флоры на чувствительность.

**Приготовить:** стерильные пробирки с тампоном на металлическом стержне, шпатель, спиртовку, направление.

**Последовательность действий при взятии мазка из зева**

- 1) Усадить больного лицом к источнику света.
- 2) В левую руку взять шпатель и пробирку, надавить шпателем на корень языка, а правой рукой извлечь из пробирки тампон.
- 3) Провести тампоном по дужкам, небным миндалинам, задней стенке глотки, не касаясь слизистой оболочки полости рта. Мазки берут на границе пораженного участка и здоровой слизистой.
- 4) Обжечь края пробирки над спиртовкой, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее краев.

5) Заполнить направление в бактериологическую лабораторию, указав Ф.И.О. больного, «мазок из зева», дату и цель исследования, наименование лечебного учреждения.

6) В течение 2 ч материал отправить в бактериологическую лабораторию.

***Последовательность действий при взятии мазка из носа***

1) Больного усадить, голову слегка запрокинуть назад.

2) Взять пробирку в левую руку, а правой извлечь тампон и вращательными движениями ввести тампон в нижний носовой ход с одной стороны, затем с другой.

3) Обжечь края пробирки и осторожно ввести тампон, не касаясь краев пробирки.

4) Написать направление и направить пробирку в баклабораторию.

5) Ответ получают через 72 ч.

**Примечания:** Мазки нельзя брать после приема пищи и полоскания рта дезраствором.

### 3. Плевральная пункция

***Цель:*** диагностическая, лечебная.

***Показания:*** наличие жидкости в плевральной полости.

***Противопоказания:*** сосудистая недостаточность.

***Приготовить:*** шприц Жанэ, аппарат Патена, систему трубок, иглу 8–10 см, шприц, иглы, новокаин 0,5 %-ный, йод, спирт, клеол, стерильные салфетки, шарики, пробирки, зажим, спиртовку.

***Последовательность действий***

Пункцию проводит врач. Медсестра ассистирует.

1) Усадить пациента «верхом» на стуле (спинка стула к животу), больным боком к свету.

2) Обработать широко место прокола йодной настойкой, затем спиртом.

3) Во время пункции помогать врачу, следить за герметичностью системы, соблюдением правил асептики, состоянием больного.

4) Собрать жидкость на анализ, на посев.

5) После пункции обработать место прокола йодонатом.

6) Положить стерильную салфетку, сделать наклейку.

7) Больного доставить в палату на каталке.

8) Следить за состоянием больного.

9) Отправить в лабораторию жидкость с направлением.

**Осложнения:** сосудистая недостаточность, кровохарканье, ранение и нагноение легкого.

#### 4. Применение и подача кислорода

**Оксигенотерапия** — лечение кислородом. Существует 2 метода.

1. *Легочный* (ингаляционный): кислородные подушки, баллон, кислородные палатки, через наркозный аппарат, барокамеры.

2. *Внелегочный*: кислородные ванны, введение в полости, кислородные коктейли.

**Цель:** устранить кислородное голодание.

**Показания:** заболевания органов кровообращения, дыхания, при токсических заболеваниях.

**Приготовить:** баллон с кислородом, кислородную подушку, мундштук, марлевую салфетку 4 слоя, наволочку. Если аппарат Боброва, то стерильный носовой катетер, вазелиновое масло, спирт.

##### **Техника проведения**

Перед подачей кислорода необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей. Больным дают вдыхать кислородно-воздушную смесь (40% O<sub>2</sub>). Кислород увлажняют.

При централизованной подаче кислорода для увлажнения используют аппарат Боброва. При подаче из подушки надо обернуть мундштук увлажненным бинтом. Чтобы не было потери кислорода, его лучше вводить через зонд (носовой катетер). Наблюдать за больным! При урежении дыхания подачу кислорода надо прекратить! Давать кислород в течение 10 мин через каждый час.

**Осложнения:** при длительном вдыхании кислорода могут развиться судороги и потеря сознания.

#### 5. Применение ингаляций

**Ингаляция** — способ введения лекарственных веществ в дыхательные пути методом вдыхания.

Ингаляторы бывают *стационарными* и *карманными*.

**Цель:** местное воздействие лекарственных веществ на слизистую носоглотки и верхних дыхательных путей.

**Показания:** заболевания верхних дыхательных путей.

**Приготовить:** чистое полотенце, стерильный обработанный спиртом мундштук, ингалятор, лекарственное вещество.

**Техника проведения**

- 1) Заправить ингалятор лекарственным веществом.
- 2) Прогреть распыляемый раствор в ингаляторе, надеть на распылитель ингалятора мундштук.
- 3) Усадить больного перед распылителем, прикрыть грудь полотенцем.
- 4) Включить распылитель и проверить рукой температуру распыляемой жидкости.
- 5) Попросить больного обхватить мундштук губами и ровно, глубоко дышать. Можно вдыхать лекарство на расстоянии 5–7 см.
- 6) По окончании процедуры обтереть лицо больного сухим полотенцем, предупредить, что сразу после процедуры нельзя выходить на холодный воздух.

**Осложнения:** ожог лица и слизистой рта.

## ЗАНЯТИЕ X

### НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

#### 1. Помощь при острой коронарной недостаточности

**Признаки острой коронарной недостаточности**

- 1) Приступообразный характер болей.
- 2) Локализация болей за грудиной.
- 3) Иррадиация болей в левую руку, плечо, лопатку.
- 4) Однотипность условий, вызывающих боль (быстрая ходьба, подъем по лестнице, смена температуры окружающей среды и т.д.).
- 5) Прекращение болей в покое или сразу после приема нитроглицерина (за исключением острого инфаркта миокарда, когда боли купируются наркотическими анальгетиками и длятся более 30 мин).

### ***Последовательность действий***

- 1) Уложить больного, обеспечить ему полный физический и психический покой.
- 2) Обеспечить доступ свежего воздуха.
- 3) Дать больному нитроглицерин (1 таблетку под язык или 2 капли 1 %-ного р-ра нитроглицерина на таблетке валидола) и 30–40 капель корвалола или валокордина.
- 4) Поставить горчичники на область грудины. Если купировать боли не удалось, дальнейшее лечение проводить по назначению врача.

## **2. Помощь при гипертоническом кризе**

**Гипертонический криз** — это резкое повышение артериального давления, сопровождающееся головной болью, головокружением, тошнотой, иногда рвотой, зрительными расстройствами.

### ***Последовательность действий***

- 1) Измерить АД.
- 2) Вызвать врача.
- 3) Уложить больного в постель с приподнятым изголовьем, обеспечив ему полный физический и психический покой.
- 4) Обеспечить доступ свежего воздуха.
- 5) Сделать холодный компресс на голову, горячие ножные ванны, теплые ванны для рук.
- 6) Поставить горчичники на икроножные мышцы.
- 7) Приготовить необходимые лекарственные средства.

## **3. Помощь при коллапсе**

**Коллапс** — остро возникшая недостаточность кровоснабжения головного мозга, при внезапном падении артериального давления.

### **Признаки коллапса**

- 1) Резкая слабость.
- 2) Бледность кожных покровов.
- 3) Холодный пот.
- 4) Частый нитевидный пульс.
- 5) АД на уровне 80/60 мм рт.ст. и ниже.
- 6) Потеря сознания при попытке больного встать.

### ***Последовательность действий***

- 1) Вызвать врача.
- 2) Уложить больного без подушки, приподняв ножной конец кровати.
- 3) Открыть окно.
- 4) Расстегнуть стесняющую больного одежду.
- 5) Обрызгать лицо и грудь больного холодной водой.
- 6) Поднести к носу больного тампон, смоченный нашатырным спиртом.
- 7) Разтереть грудь и виски больного руками.
- 8) Положить грелки к конечностям и укрыть больного одеялом.
- 9) Подготовить необходимые лекарственные средства.

## **4. Помощь при сердечной астме**

### **Признаки сердечной астмы**

- 1) Приступы удушья.
- 2) Дыхание клокочущее, слышимое на расстоянии,
- 3) Иногда выделение пенистой, розоватой мокроты.
- 4) Положение больного — вынужденное сидячее положение, несколько облегчающее дыхание.

### ***Последовательность действий***

- 1) Вызвать врача.
- 2) Измерить АД.
- 3) Придать больному полусидячее (при гипотензии) или сидячее (при гипертензии) положение.
- 4) Если систолическое давление больного не ниже 100 мм рт. ст. — дать ему нитроглицерин.
- 5) Начать оксигенотерапию с пеногасителем через маску или носовую катетер. Самым простым пеногасителем являются пары этилового спирта (96 %-ный спирт наливают в увлажнитель и пропускают через него кислород). Начальная скорость подачи кислорода 2–3 л, а через 5–10 мин — 6 л/мин.
- 6) Наложить венозные жгуты на конечности.

На ноги жгуты накладывают на 15 см ниже паховой складки; на руку вместо жгута можно наложить манжетку от тонометра, накачивая в нее воздух и одновременно используя ее для контроля за уровнем

АД. Через каждые 15–20 мин один из жгутов снимают и накладывают на свободную конечность.

**Пережимают жгутами только вены! Артериальный пульс ниже места сдавливания должен сохраняться.**

## ЗАНЯТИЕ XI

### НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

#### 1. Промывание желудка

**Цель:** лечебная, диагностическая.

**Показания:** отравления, подготовка к операции, рентгенологическому исследованию.

**Приготовить:** толстый желудочный зонд, резиновую трубку длиной 70 см, стеклянную соединительную трубку, воронку, вазелиновое масло, ведро или таз, 10–12 л воды комнатной температуры, резиновые перчатки, фартук, полотенце.

#### **Техника проведения**

1) Удалить (если есть) зубные съемные протезы, дать больному полотенце, между ногами больного поставить ведро или таз.

2) Измерить расстояние от резцов до пупка больного, прибавить 10 см (ширину ладони), сделать отметку на зонде.

3) Встать сзади или справа от больного.

4) Правой рукой положить под корень языка больного смазанный вазелином слепой конец зонда, предложить больному сделать глотательное движение и глубоко дышать через нос.

5) Медленно проводить зонд в пищевод до нужной метки (если больной начинает кашлять или задыхаться — немедленно зонд извлечь, он попал в трахею или гортань).

6) Доведя зонд до нужной метки, присоединить к свободному концу зонда воронку и опустить ее до уровня колен больного.

7) Держа воронку слегка наклонно на уровне желудка, наполнить водой.

8) Медленно поднять воронку вверх. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения — содержимое желудка наполнит воронку.

9) Вылить содержимое воронки в таз, количество вышедшей воды должно приблизительно равняться количеству введенной. При необходимости содержимое желудка собирается для исследования.

10) Процедуру повторяют до чистых вод.

11) По окончании процедуры отсоединить воронку и вывести зонд.

**Осложнения:** кровотечения, поэтому при появлении прожилок крови в промывных водах, процедуру прекратить!

## 2. Фракционное зондирование желудка

**Показания:** заболевания желудка (гастриты, язвенная болезнь).

**Противопоказания:** общее тяжелое состояние больного, повышение АД, желудочное кровотечение, расширение вен пищевода.

**Приготовить:** тонкий желудочный зонд, шприц 20.0:1.0, гистамин 0,1 %-ный, или пробный завтрак (мясной бульон, капустный отвар, кофеиновый раствор алкоголя, 7 %-ный раствор настоя сухой капусты), лоток, 8 банок, стерильный материал для инъекций, набор лекарств для оказания первой помощи.

Накануне вечером легкий ужин не позднее 18 ч.

Утром перед манипуляцией не принимать лекарств, не есть и не пить, не курить, не чистить зубы.

### **Техника проведения**

1) Ввести зонд на расстояние от пупка до резцов + ширина ладони больного.

2) На наружный конец зонда надеть шприц, отсосать все содержимое желудка натошак и слить его в стакан.

3) Ввести пробный завтрак в количестве 300 мл шприцом.

В дальнейшем используют методику Лепорского:

а) через 10 мин после введения завтрака отсосать 10 мл содержимого желудка и слить во второй стакан,

б) через 15 мин после этой порции отсосать все содержимое желудка в 3-й стакан,

в) в дальнейшем с промежутками 15 мин отсасывать чистый желудочный сок и сливать в банки — всего 5 порций.

Получили 8 банок желудочного содержимого (одна — натощак, две — смесь желудочного сока и пробного завтрака, 5 — чистый желудочный сок).

Все эти порции получают в течение 100 мин.

Определить объем каждой порции и количество чистого желудочного сока, выделяющегося за час («часовое содержание»).

В каждой порции определяют количество свободной соляной кислоты, общую кислотность.

В норме суточная кислотность 40–60 Ед, свободная — 20–40 Ед, связанная — 10–20 Ед.

### **Метод парентерального стимулирования содержимого желудка**

Применяется тогда, когда энтеральное стимулирование не дало результатов, т.е. не выделился чистый желудочный сок, и если нет противопоказаний для введения гистамина.

#### ***Техника проведения***

1) Ввести больному зонд в желудок до нужной метки, и зонд подключается к вакуумной установке. Через каждые 15 мин откачивать 4 порции желудочного сока в течение 1 ч — это базальная кислотная продукция БКТ.

2) Затем п/к ввести из расчета 0,06–0,08 мл на 10 кг веса больного 0,1 %-ный гистамин или пентагастрин — они являются сильными стимуляторами желудочной секреции и вызывают выделение соляной кислоты.

3) После инъекции откачать содержимое желудка через каждые 15 мин в соответствующие банки, написать направление, обязательно отметить порядковый номер порции и отнести в лабораторию.

Полученные порции исследуются макроскопически на наличие гноя, слизи, желчи, остатков пищи, а также подвергаются титрованию для определения показателя кислотности желудочного сока.

При стимуляции гистамином в норме:

«Часовое напряжение» — 100–150 мл за 1 ч,

«Общая кислотность» — 80–100 Ед,

«Свободная соляная кислота» — 65–85 Ед,

«Связанная соляная кислота» — 8–16 Ед.

**Осложнения:** на введение гистамина может быть реакция в виде покраснения лица, тахикардии, обморока.

**Первая помощь при реакции на гистамин:** вдыхание нашатырного спирта, введение сердечных средств, витамина В<sub>1</sub> в/м.

### **3. Сбор кала для исследования на яйца глистов (я/г) и по Грегерсену**

Анализ кала на я/г необходимо брать утром из трех мест и в теплом виде направить в лабораторию. Посуда должна быть чистой.

**Показания:** анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена) назначают при язвах желудка, кишечника, 12-перстной кишки, раке желудка и пр.

#### ***Подготовка***

В течение 3-х дней исключают из рациона мясные и рыбные продукты, свеклу, помидоры, морковь. Исключаются и лекарства, также окрашивающие кал (йод, железо и др.).

Если была произведена экстракция зуба, то анализ кала нельзя брать до полного заживления лунки. Зубы не чистить 3 дня.

Кал взять в чистую посуду из нескольких мест деревянной лопаткой. Написать направление и отправить в лабораторию.

### **4. Сбор кала для бактериологического исследования**

**Цель:** выявление возбудителя заболеваний.

**Показания:** энтероколит.

#### ***Техника проведения***

1) Уложить больного на левый бок, ноги слегка согнуты, приведены к животу.

2) Под таз больного подложить клеенку.

3)левой рукой при помощи салфетки развести ягодицы, правой рукой извлечь тампон из пробирки на металлическом стержне и ввести его вращательными движениями в прямую кишку на 8–10 см.

4) Извлечь тампон и сделать посевы в чашке Петри методом «штриха».

5) Тампон поместить в пробирку с консервантом.

6) Материал отправить с направлениями в лабораторию.

В стационаре кал можно взять из судна сразу после акта дефекации. Хранение материала до отправки в баклабораторию возможно в термостате при температуре 37 °С.

## 5. Гипертоническая клизма

**Показания:** отеки, гипертоническая болезнь, повышение внутричерепного давления, отсутствие стула у больных I режима.

**Противопоказания:** воспалительные заболевания прямой кишки, трещины заднего прохода.

**Приготовить:** баллон емкостью 150–200 мл, 150–200 мл 20–30 %-ного раствора сульфата магния или 10 %-ного раствора хлорида натрия при температуре 38 °С.

Эти растворы вызывают обильную эксудацию из стенок кишки, усиливают перистальтику.

### *Техника проведения*

Такая же, как масляная (см. ниже). Раствор держать в кишечнике 20–30 мин.

## 6. Масляная клизма

**Показания:** задержка твердых каловых масс, воспалительные язвенные процессы в прямой кишке и сигме.

Масло обволакивает каловые массы и стенки кишки, способствует выведению каловых масс.

**Приготовить:** масло подсолнечное или вазелиновое, льняное 100–150 мл, подогретое до 38 °С, резиновый баллон емкостью 150–200 мл, кишечную трубку, вазелин.

### *Техника проведения*

- 1) Больной лежит на левом боку, согнув ноги.
- 2) Раздвинуть ягодицы и вводить в прямую кишку газоотводную трубку на глубину 15–20 см, предварительно смазанную вазелином.
- 3) Конец баллона ввести в раструб газоотводной трубки, сжать баллон до конца и, не разжимая, вынуть вместе с трубкой.
- 4) Больной не должен вставать в течение 10–12 ч, поэтому эту клизму ставят на ночь.

## 7. Лекарственная клизма

**Показания:** введение в организм лекарственных веществ, минуя желудок и печень, воздействие лекарственных средств на слизистую оболочку кишечника.

**Приготовить:** баллон емкостью 100 мл, кишечную трубку, вазелин, лекарственные вещества в растворе при 38 °С, 0,1 %-ный раствор танина, 0,001 %-ный раствор марганцовокислого калия, 1 %-ного хлоралгидрата, препараты наперстянки, облепиховое масло, настой ромашки.

Лекарственные клизмы ставятся после очистительной.

#### **Техника проведения**

Та же, что и у масляной, гипертонической.

Малые объемы лекарственных веществ (10–15 мл) вводят через резиновый катетер.

## **8. Сифонная клизма**

**Показания:** освобождение кишечника от каловых масс при неэффективности очистительной клизмы, отравления, подозрение на кишечную непроходимость.

**Противопоказания:** те же, что и при очистительной.

**Приготовить:** прибор для сифонной клизмы (воронка емкостью 1–2 л, резиновая трубка 1,5 м), 10–12 л чистой теплой воды, при 38 °С (лучше физиологический раствор: 1 ст. ложка поваренной соли на 1 ведро воды), кувшин, таз, клеенка.

#### **Техника проведения**

1) Смазав вазелином конец кишечной трубки, ввести ее через задний проход на глубину 30–40 см.

2) Держа воронку в наклонном положении немного ниже тела больного, наполнить водой и поднять.

3) Как только уровень убывающей воды достигнет вершины конуса воронки, воронку не поворачивая, опустить над тазом, и ждать, пока вода с отмытыми частицами кишечного содержимого вернется к прежнему уровню.

4) Затем содержимое вылить в таз, снова наполнить воронку и повторить до чистых вод.

**Запомните!** Сифонная клизма для больного является тяжелой процедурой, поэтому необходимо следить за состоянием больного во время манипуляции.

## 9. Применение капельной и питательной клизмы

### Капельная клизма

**Показания:** введение больших количеств жидкости при обезвоживании, интоксикации.

**Приготовить:** кружку Эсмарха, резиновую трубку длиной 1,5 м с капельницей посередине, с резиновым наконечником, физиологический раствор или 5 %-ный раствор глюкозы — 1 л при 38 °С.

### *Техника проведения*

1) Кружку Эсмарха укрепить на подставке, и к ней прикрепить грелку.

2) Наконечник смазать вазелином и ввести на глубину 30–40 см.

3) Установить частоту — 60 кап/мин.

4) Больного, лежащего на спине, укрыть одеялом.

Капельная клизма ставится после очистительной!

### Питательная клизма

**Показания:** введение питательных веществ через прямую кишку, при невозможности нормального питания.

**Приготовить:** баллон 200 мл, кишечную трубку, вазелин, питательный раствор, физиологический раствор, 5 %-ный раствор глюкозы, 15 %-ный раствор аминокислоты, аминокровин, 5–10 капель опийной настойки. Температура раствора 38 °С.

### *Техника проведения*

Так же, как у масляной, гипертонической.

Питательная клизма ставится после очистительной!

## 10. Очистительная клизма

**Действие клизмы:** разжижает кал, усиливают кишечную перистальтику.

**Показания:** запоры, пищевые отравления, подготовка к рентгенологическому исследованию органов брюшной полости, перед родами, подготовка к операции, перед лекарственными клизмами.

**Противопоказания:** острое гнойное и язвенное воспаление в области заднего прохода, прямой и сигмовидной кишки, острый аппендицит, острый перитонит, желудочное и кишечное кровотечение, состояние после операции, коллапс.

**Приготовить:** кружку Эсмарха (с резиновой трубкой 1,5 м), воду 1–1,5 л при температуре 26, 38, 40 °С, вазелин с палочкой, кушетка, ведро.

Процедура проводится в специальном помещении — клизменной, рядом с туалетом.

При атонических запорах температура ниже, а при спастических — выше.

#### **Техника проведения**

1) Заполнить кружку Эсмарха водой, открыть кран, заполнить трубку водой, закрыть кран. Наконечник смазать вазелином.

2) Фиксировать кружку на подставке.

3) На кушетку уложить больного на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, под таз больного подложить клеенку, опущенную свободным краем в ведро.

4) I и II пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, правой рукой ввести наконечник в прямую кишку на 10–15 см, причем первые 4–5 см вводят наконечник по направлению к пупку, а затем параллельно крестцу.

5) Открыть зажим. Вода поступает в кишечник. Чтобы вода не слишком быстро поступала, регулируют скорость поступления высотой положения кружки или периодически закрывая кран.

6) Когда вся вода из кружки поступит в трубку, кран закрыть, а наконечник осторожно извлечь.

7) Больной должен удерживать воду около 10 мин.

**Примечание:** Если из кружки вода не поступает в кишку, надо постараться ввести наконечник поглубже и поднять кружку выше. При закупорке наконечника каловыми массами, его нужно извлечь, промыть, а затем ввести повторно.

## **11. Применение газоотводной трубки**

**Цель:** выведение газов из кишечника.

**Показания:** метеоризм.

**Приготовить:** стерильную газоотводную трубку, судно, клеенку, пеленку, вазелин, салфетки.

#### **Техника проведения**

1) Уложить больного на левый бок или на спину.

2) Подложить клеенку, судно, пеленку.

3) Смазать газоотводную трубку вазелином на  $\frac{2}{3}$  ее длины.

4) Взять в левую руку салфетку и развести ягоды, а правой — вращательными движениями ввести трубку на 20–30 см в прямую кишку. Свободный конец опустить в судно или завернуть в пеленку.

5) Через 1 ч осторожно извлечь трубку правой рукой с помощью салфетки.

6) Вытереть окружность заднепроходного отверстия салфеткой, при раздражении — смазать вазелином.

**Осложнения:** пролежни слизистой оболочки прямой кишки.

## 12. Помощь при рвоте

**Цель:** оказание неотложной помощи, профилактика попадания рвотных масс в дыхательные пути.

**Приготовить:** полотенце, почкообразный лоток, таз, электроотсос, грушевидный баллон, клеенчатый фартук, шпатель, 2 %-ный раствор гидрокарбоната натрия, кипяченую воду, салфетки, 0,1 %-ный раствор перманганата калия, раствор фурацилина.

### **Техника проведения**

*Больной в сознании*

1) Усадить больного, грудь прикрыть фартуком, дать полотенце, поставить к ногам таз, сообщить врачу.

2) Во время рвоты придерживать голову больного, положив ему ладонь на лоб.

3) После рвоты дать больному прополоскать рот водой или 2 %-ным раствором гидрокарбоната натрия, вытереть салфеткой.

Рвотные массы оставить до прихода врача!

*Больной ослаблен или без сознания*

1) Повернуть больного на бок — если это невозможно, изменить положение, повернуть голову набок; во избежание аспирации рвотных масс, убрать подушку.

2) Удалить зубные протезы.

3) Шею и грудь накрыть полотенцем, подставить ко рту больного почкообразный лоток.

4) При необходимости отсосать рвотные массы из полости рта, носа электроотсосом или грушевидным баллоном.

5) После рвоты обработать рот 2 %-ным раствором гидрокарбоната натрия.

Рвотные массы нужно осмотреть, направить в лабораторию для исследования рвотных масс, указать цель исследования.

При наличии в массах крови, срочно сообщить врачу!

При рвоте цвета «кофейной гущи», больного уложить в постель и позвать врача.

Кормить такого больного можно только через сутки холодной жидкой пищей.

### **13. Подготовка больного к эндоскопии и ректороманоскопии**

**Цель:** диагностическая и лечебная.

**Показания:** язвы желудка, 12-перстной кишки, заболевания кишечника, мочевого пузыря.

**Противопоказания:** рубцовые изменения пищевода, прямой кишки, уретры, травматические повреждения этих органов, острые воспалительные процессы слизистых оболочек.

**Приготовить:** полотенце, фиброгастроскоп, ректороманоскоп, цистоскоп, стерильный материал, вазелиновое масло, медикаменты для премедикации, шприцы, касторку, раствор новокаина.

**Техника проведения**

**Фиброгастроскопия(ФГС)**

- 1) Сообщить больному, что ФГС проводят утром натощак.
- 2) Перед исследованием удалить больному съемные зубные протезы.
- 3) Провести премедикацию: 2 %-ный раствор промедола 1 мл, атропин 0,1 %-ный — 1 мл в/м за 30 мин до исследования.
- 4) Подготовить предметные стекла и пробирки для цитологического исследования, биопсии.

**Ректороманоскопия**

- 1) За 3 дня до исследования исключить газообразующие продукты.
- 2) Накануне вечером дать больному 30 г касторового масла.
- 3) Вечером и утром за 2 ч до исследования поставить по 2 очистительные клизмы с интервалом в 1 ч.
- 4) Провести премедикацию больного: 2 %-ный раствор промедола, 0,1 %-ный раствор атропина по 1 мл в/м за 30 мин до исследования.

**Колоноскопия** — эндоскопическое исследование отделов толстой кишки, расположенных более высоко.

- 1) За 3–5 дней больному назначить бесшлаковую диету.

2) За 2 дня до исследования больному дать слабительное.  
3) Вечером поставить очистительную клизму с теплой водой и утром перед исследованием за 2 ч.

4) За 30 мин до процедуры ввести п/к 1 мл 0,1%-ного раствора атропина.

**Осложнения:** рвота, повреждения слизистых оболочек, кровотечение, сосудистая недостаточность.

#### **14. Подготовка больного к рентгенологическим методам исследования**

**Цель:** обследование.

**Техника проведения**

1) За 2–3 дня до исследования больному назначить бесшлаковую диету (без сахара, молока, черного хлеба, фруктов, винограда).

2) Накануне вечером ужин не позднее 18 ч.

3) Предупредить больного, что исследование проводят натощак.

4) Вечером и утром за 2 ч до исследования поставить очистительную клизму, при исследовании кишечника накануне назначить 30 г касторового масла, а вечером и утром по 2 очистительные клизмы с интервалом в 1 ч.

5) При исследовании желчных путей накануне больному дать йодосодержащий контрастный препарат билитрист из расчета 4 г вещества на 15–20 кг массы.

6) При исследовании мочевыводящих путей перед исследованием в рентгеновском кабинете ввести больному в/в контрастное вещество верографин 60–70 % — 20–30 мл.

За 1–2 дня до исследования провести пробу на чувствительность к этому препарату (1 мл в/в).

7) Для исследования кишечника в рентгеновском кабинете больному ввести контрастную клизму (200 г бария на 1 л кипяченой воды).

## НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Общее количество мочи, выделяемой здоровым человеком в течение суток (суточный диурез), колеблется в пределах 1000–1500 мл и составляет 70–80 % от объема выпитой жидкости.

Моча собирается в течение суток и записывается все количество выделенной мочи, а также все количество выпитой жидкости за сутки (суп, компот, чай и т. д.).

Уменьшение количества мочи до менее 500 мл в сутки называется **олигурией**.

Полное прекращение поступления мочи или уменьшение количества до менее 200 мл в сутки называется **анурией**.

Задержка мочи называется **иштурией**.

Увеличение суточного диуреза до 2,0 л и более называется **полиурией**.

### 1. Сбор мочи на общий анализ и на сахар

**Цель:** диагностическая.

**Для общего анализа мочи** используют утреннюю порцию мочи, которую получают после тщательного туалета половых органов. Мочу в количестве 100–200 мл, собранную в чистую и сухую посуду, вместе с направлением относят в лабораторию.

**Анализ мочи на сахар** — в 8 ч утра больной опорожняет мочевой пузырь. Всю последующую мочу в течение суток больной собирает в одну посуду до 8 ч утра следующего дня.

Медсестра размешивает мочу стеклянной палочкой и измеряет общее количество мочи, а 100–200 мл отправляет в лабораторию с направлением.

В направлении указать общее количество мочи за сутки!

## 2. Сбор мочи на исследование по Зимницкому, Аддису—Каковскому, Нечипоренко, Амбюрже

**Проба Зимницкого** применяется при заболеваниях почек без подготовки и не имеет противопоказаний. Выявляет выделительную и концентрационную функцию почек. Накануне заготавливают 8 банок с соответствующими наклейками. В 6 ч утра больного просят помочиться и мочу выливают. Затем в течение суток собирают 8 порций мочи с 3-часовым перерывом:

- 1 порция — 9 ч утра,
- 2 порция — 12 ч,
- 3 порция — 15 ч,
- 4 порция — 18 ч,
- 5 порция — 21 ч,
- 6 порция — 24 ч,
- 7 порция — 3 ч утра,
- 8 порция — 6 ч утра.

В каждой порции измеряют количество и удельный вес мочи.

**Проба Нечипоренко.** Взять утреннюю порцию мочи в середине мочеиспускания (средняя струя в объеме 20–30 мл. Вместе с направлением отправить в лабораторию.

**Метод Аддиса—Каковского.** Мочу собирают за 10 ночных часов. В 22 ч больной должен опорожнить мочевой пузырь и в течение ночи не ходить в туалет. В 8 ч утра после туалета наружных половых органов, собрать мочу в банку и с направлением отправить в лабораторию.

**Метод Амбюрже.** Мочу собирать за 3 ч. Утром ночную порцию вылить в туалет, отметить время и через 3 ч после подмывания собрать мочу. С направлением отправить в лабораторию.

Методы Нечипоренко, Амбюрже, Аддиса—Каковского позволяют определить количество форменных элементов в моче (лейкоциты, эритроциты, цилиндры).

## 3. Катетеризация мочевого пузыря

**Цель:** опорожнение мочевого пузыря, промывание его дезинфицирующими растворами.

**Показания:** задержка мочи, заболевания мочевого пузыря.

**Приготовить:** стерильный катетер, пинцет, шарики, пробирки, 0.02%-ный раствор фурацилина, стерильное вазелиновое масло, лоток, шприц Жанэ.

**Техника проведения**

1) Обработать руки: тщательно вымыть и протереть шариком со спиртом.

2) Больного положить на спину, ноги согнуты в коленях и раздвинуты, между ногами поместить лоток.

3) Обработать наружные половые органы дезраствором, направляя движения сверху вниз.

4) Салфеткой в левой руке раздвинуть половые губы.

5) Правой рукой пинцетом взять катетер, предварительно смазанный вазелиновым маслом, на расстоянии 5 см от слепого конца, а наружный конец катетера удерживать между 4 и 5 пальцами той же руки.

6) Осторожно ввести катетер в уретру, продвигая его пинцетом до появления мочи, свободный конец катетера опустить в лоток.

7) Если необходимо, собрать мочу на посев в стерильную пробирку.

8) По окончании выделения мочи извлечь катетер.

9) Если необходимо провести промывание мочевого пузыря дезраствором или ввести лекарственное вещество, то катетер оставляют:

— набрать в шприц антисептический раствор 150–200 мл при 38 °С,

— подсоединить шприц к катетеру и вводят раствор в мочевой пузырь,

— разъединить катетер и шприц, введенная жидкость выльется из мочевого пузыря,

— если необходимо, то промыть до чистых вод.

После процедуры осторожно катетер извлечь.

**Осложнения:** инфицирование.

**Запомните!** Если при проведении катетера ощущается препятствие, то нельзя его проталкивать далее насильственно, ибо это может вызвать повреждение слизистой оболочки канала.

#### **4. Уход за больными с недержанием мочи и кала**

**Цель:** профилактика пролежней, опорожнение мочевого пузыря.

**Показания:** нарушение функций мочевыделительной системы и кишечника.

**Приготовить:** клеенку, судно, пеленку, стерильный катетер, пинцет, салфетки.

##### ***Техника проведения***

- 1) Следить за чистотой постельного и нательного белья.
- 2) Под крестец больного подложить резиновое судно, между ягодицами и судном положить клеенку.
- 3) Больных надо часто подмывать, насухо вытирать и смазывать кожу жиром, можно припудрить тальком.
- 4) Проветривать палату.
- 5) Больных с недержанием мочи ограничивать в приеме жидкости после 18 часов.
- 6) Своевременно опорожнять мочеприемник и судно, часто мыть их дезраствором.

### **З А Н Я Т И Е XIII**

#### **МЕТОДЫ ДОВРАЧЕБНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

##### **1. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) без аппарата**

Из неаппаратных способов ИВЛ самый эффективный — искусственное дыхание по методу «изо рта в рот» и «изо рта в нос».

##### ***Техника выполнения***

- 1) Положить больного на жесткую поверхность.
- 2) Очистить полость рта от слюны, слизи, рвотных масс.
- 3) Придать телу больного следующее положение: запрокинутая голова, открытый рот, выдвинутая вперед нижняя челюсть для предупреждения западения языка.
- 4) Марлевую салфетку, сложенную в 4 слоя, или чистый носовой платок поместить на рот или нос пострадавшего.

5) Сделать предварительно глубокий вдох, плотно расположить свои губы вокруг рта больного и с усилием вдуть воздух (делайте выдох). Утечка воздуха через нос пострадавшего предупреждается зажиманием его носовых ходов рукой реанимирующего, либо зажимом.

6) Дыхание должно быть ритмичным — 16–20 раз/мин.

## 2. Непрямой массаж сердца

При сдавливании сердца между позвоночником и грудиной кровь из его полостей изгоняется в аорту, в сонную артерию, через легочную артерию в легкие, где обогащается кислородом. После того как давление на грудину прекращается, полости сердца вновь заполняются кровью.

### *Техника выполнения*

1) Встать сбоку от больного.

2) Левую ладонь расположить на нижней трети грудины, т. е. на 2 пальца выше мечевидного отростка, а правую руку — на тыльной стороне левой руки.

3) Давление на грудину производить с такой силой, чтобы прогнуть ее к позвоночнику на 4–5 см.

4) Число нажатий на грудину — 60–70 раз/мин.

5) Непрямой массаж эффективен при сочетании с ИВЛ.

6) Если ИВЛ и непрямой массаж сердца проводит один человек, то через каждые 15 нажатий на грудину с интервалом 1 с он должен произвести два сильных «вдоха» по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос».

7) Если в реанимации принимают участие 2 человека, то после каждых 5 нажатий на грудину производят «вдох». При эффективности массажа на сонных, бедренных и лучевых артериях появляется пульс, артериальное давление повышается до 60–80 мм рт. ст., в последующем восстанавливается самостоятельное дыхание. Если через 30–40 мин от начала реанимации сердечная деятельность не восстановилась, можно считать реанимацию безуспешной.



Техника непрямого массажа сердца и искусственного дыхания:

*a*— затрудненный доступ воздуха, если больной лежит на спине. Доступ воздуху открывается, если шею больному поднять, а голову запрокинуть назад; *б* — дыхание «изо рта в рот» (во время дыхания реанимирующий приподнимает шею больного и сжимает ему ноздри); *в* — закрытый массаж сердца производится одним реанимирующим, в то время как другой производит дыхание «изо рта в рот».

### 3. Признаки клинической смерти

- 1) Отсутствие пульса на периферических артериях.
- 2) АД равно нулю.
- 3) Отсутствие дыхания.
- 4) Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует.

### 4. Распознавание признаков биологической смерти.

#### Правила обращения с трупом. Оформление документации

После периода клинической смерти наступает необратимая биологическая смерть.

**Признаки:** снижение температуры тела до температуры окружающей среды; помутнение роговицы, размягчение глазного яблока.

Позднее появляются трупные пятна синевато-багрового цвета на нижележащих частях тела и трупное окоченение.

Врач констатирует факт смерти, записывает в историю болезни — день, час и минуты. Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми конечностями без подушки, подвязывают нижнюю челюсть, опускают веки, накрывают простыней и оставляют в постели на 2 ч (выносят из палаты).

Медсестра пишет чернилами на бедре умершего его фамилию, имя и отчество, номер отделения, дату смерти, а к ноге прикрепляет направления с указанием Ф.И.О., № истории болезни, времени смерти, диагноза.

Вносить труп в патологоанатомическое отделение для вскрытия можно только через час (трупные пятна, трупное окоченение и размягчение глазного яблока).

Смерть, наступившую на дому, констатирует участковый врач, он же выдает справку с указанием диагноза и причины смерти.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наряду со знанием техники и последовательности действий при выполнении основных манипуляций, успешное лечение и выхаживание больных тесно связано с медицинской деонтологией и врачебной этикой и подразумевает правильные взаимоотношения как врача, так и всего медицинского персонала с больным в процессе лечения. Есть незыблемые постулаты, не зависящие ни от каких факторов, постоянные раз и навсегда, во все времена и в любой стране: **медицинский работник обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, а пациенту следует относиться к врачу и медицинской сестре доверительно и уважительно.**

Впервые основные деонтологические принципы сформулировал Гиппократ. Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...». Врачебная деонтология неотделима от врачебно-охранительного режима. Медицинский персонал всегда должен поддерживать бодрое настроение у больных и всячески предупреждать возможность влияния факторов, отрицательно воздействующих на психику пациента.

Таким образом, правила ухода за больными определяются деонтологическими принципами, гуманным, внимательным отношением к пациентам. Чувства сострадания и самопожертвования являются важным условием успешной работы медиков, особенно выполняющих обязанности по уходу.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ,  
ПОДЛЕЖАЩИХ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОСВОЕНИЮ  
НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ**

1. Заполнение паспортной части истории болезни.
2. Заполнение паспортной части амбулаторной карты.
3. Антропометрия больных.
4. Транспортировка больных.
5. Измерение температуры тела, графическая и цифровая запись.
6. Осмотр кожи, слизистых оболочек полости рта и зева.
7. Пользование функциональной кроватью.
8. Санитарная обработка больных.
9. Составление порционного требования.
10. Применение горчичников, банок, согревающего компресса, пузыря со льдом, грелки.
11. Выписка требований в аптеку, учет и хранение ядовитых и сильнодействующих веществ, применение лекарственных средств.
12. Пользование индивидуальным карманным ингалятором.
13. Предстерилизационная обработка и стерилизация шприцев и игл.
14. Выполнение подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций.
15. Взятие крови из вены и внутривенное капельное введение жидкостей.
16. Подсчет числа дыхательных движений, запись.
17. Подача пациенту кислорода, увлажненного, из подушки.
18. Разведение и введение антибиотиков.
19. Подготовка инструментов к плевральной пункции.
20. Измерение АД, запись.
21. Подсчет пульса, определение его свойств, запись.
22. Сбор мокроты, кала, мочи на исследования.
23. Подготовка больных к инструментальным, рентгенологическим, ультразвуковым исследованиям.
24. Измерение суточного диуреза, запись в истории болезни.
25. Участие в промывании желудка через зонд.
26. Постановка клизм.
27. Проведение катетеризации мочевого пузыря гибким катетером.
28. Закрытый массаж сердца.
29. Первая помощь при рвоте, коллапсе и удушье.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
Занятие I. Организация медицинской помощи. Оформление медицинской документации и организация работы сестринского поста .....	5
Занятие II. Методика общего осмотра больного .....	10
Занятие III. Личная гигиена больного .....	12
Занятие IV. Питание больных .....	17
Занятие V. Уход за лихорадящим больным .....	19
Занятие VI. Простейшие физиотерапевтические процедуры .....	21
Занятие VII. Наружные и энтеральные способы введения лекарственных средств .....	26
Занятие VIII. Способы парентерального введения лекарственных средств .....	29
Занятие IX. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания .....	37
Занятие X. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы .....	40
Занятие XI. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения .....	43
Занятие XII. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих путей .....	54
Занятие XIII. Методы доврачебной реанимации .....	57
Заключение .....	61
Перечень практических навыков, подлежащих обязательному освоению на практических занятиях .....	62

Учебное издание

Шишкин Александр Николаевич

Слепых Людмила Алексеевна

Шевелева Марина Анатольевна

**Уход за больными в терапевтической клинике**

*Учебно-методическое пособие*

Зав. редакцией *Г. Чередниченко*

Редактор *Е. Парфёнова*

Техн. редактор *Л. Иванова*

Обложка *А. Калининой*

Подписано в печать с оригинала-макета 2.09.2003.

Ф-т 60 × 84 1/16. Печать офсетная.

Усл.-печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 3,37.

Тираж 150 экз. Заказ № *29*

РОПИ Санкт-Петербургского государственного университета.

199034, С.-Петербург, Университетская наб., 7/9.

Центр оперативной полиграфии СПбГУ.

199061, С.-Петербург, Средний пр., 41.