

РЕКОМЕНДОВАНО
ВЕДУЩИМИ РОССИЙСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

СПРАВОЧНИК ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

А. К. Джамбекова, В. Н. Шилова



НОВЕЙШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ

СПРАВОЧНИК

Владимир Николаевич Шилов
Айшат Кизировна Джамбекова
Справочник по
уходу за больными

Текст предоставлен издательством «Эксмо»
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=176886
Справочник по уходу за больными: Эксмо; Москва; 2008
ISBN 978-5-699-27085-9

Аннотация

Полный справочник содержит все самые необходимые сведения по уходу за больными и оказанию помощи в экстремальных ситуациях, связанных с угрозой жизни и здоровью. Наглядно показана техника основных медицинских процедур, даны рекомендации по их проведению в лечебном учреждении и домашних условиях. Подробно рассмотрены принципы рационального ухода за больным и здоровым человеком в разные жизненные периоды. В справочнике описаны основные элементы гигиены и самогигиены во всех возрастных группах. Врачи-профессионалы предоставляют информацию по профилактике заболеваний, правильному питанию, двигательной активности, формированию режима дня с целью длительного сохранения здоровья. Издание актуально для медицинских

сестер, преподавателей и учащихся медицинских училищ и колледжей, а также широкого круга читателей.

Содержание

| | |
|---|----|
| Раздел 1 | 6 |
| Процесс умирания и его периоды | 6 |
| Реанимация | 9 |
| Помощь при отравлениях | 15 |
| Помощь при утоплении | 17 |
| Помощь при тепловом ударе | 19 |
| Помощь при электротравме | 20 |
| Помощь при радиационном поражении | 21 |
| Раздел 2 | 23 |
| Основные принципы лечебного питания | 23 |
| Организация питания и кормления больных | 26 |
| Кормление тяжелобольных | 28 |
| Искусственное питание | 29 |
| Правила передачи и хранения продуктов | 33 |
| Раздел 3 | 34 |
| Правила выписки, хранения и раздачи лекарственных средств | 34 |
| Методы введения лекарственных веществ | 37 |
| Раздел 4 | 45 |
| Термометрия и ее способы | 45 |
| Лихорадка и ее виды | 47 |
| Уход за лихорадящими больными | 50 |
| Раздел 5 | 51 |

«Отвлекающие средства»
Конец ознакомительного фрагмента.

51

55

**Айшат Кизировна
Джамбекова, Владимир
Николаевич Шилов
Справочник по
уходу за больными**

Раздел 1

**Понятие смерти. Реанимационные
мероприятия. Реанимационное
отделение. Помощь при некоторых
неотложных состояниях**

Процесс умирания и его периоды

Под смертью понимают необратимое прекращение жизнедеятельности организма. В качестве основных причин смерти могут выступать тяжелые, несовместимые с жизнью повреждения тех или иных органов, массивная кровопотеря,

кровоизлияния, захватывающие важнейшие центры головного мозга, раневая интоксикация. Непосредственными причинами смерти при различных заболеваниях чаще всего бывают сердечная или дыхательная недостаточность.

Состояние между жизнью и смертью называется терминальным. К такому состоянию относится и процесс умирания, постепенно захватывающий все органы и системы организма и включающий в себя несколько стадий. Преагональное состояние возникает на фоне тяжелой гипоксии (кислородного голодания) внутренних органов и характеризуется постепенным угнетением сознания, прогрессирующими расстройствами дыхания и кровообращения. Выраженность и длительность преагонального периода могут быть различными.

Преагональный период заканчивается возникновением терминальной паузы (кратковременного прекращения дыхания), продолжающейся от 5–10 с до 3–4 мин и сменяющейся агональным периодом (агонией).

Агония

Агония характеризуется кратковременной активизацией механизмов, направленных на поддержание процессов жизнедеятельности, но затем ведет к падению артериального давления, расстройству дыхания с редкими короткими и глубокими дыхательными движениями, утрате сознания, исчезновению болевой чувствительности, роговичных, сухожиль-

ных и кожных рефлексов. Агональный период продолжается от нескольких минут до нескольких часов и более, после чего наступает клиническая смерть.

Клиническая смерть

Клиническая смерть является обратным этапом умирания, при котором исчезают проявления жизнедеятельности организма (дыхание, сердечные сокращения), однако не происходит еще необратимых изменений в органах и тканях. Продолжительность этого периода составляет обычно 5–6 мин. В указанные сроки с помощью реанимационных мероприятий возможно полное восстановление жизнедеятельности организма. После этого периода в тканях (прежде всего в клетках коры головного мозга) возникают необратимые изменения, определяя уже состояние биологической смерти, при которой полного восстановления функций различных органов достичь не удастся. Наступление биологической смерти устанавливается как по прекращению дыхания и сердечной деятельности, так и на основании появления достоверных признаков биологической смерти: снижению температуры тела ниже 20 °С, образованию через 2–4 ч после остановки сердца трупных пятен, развитию трупного окоченения.

Реанимация

Применение для восстановления жизнедеятельности организма комплекса различных мероприятий получило название реанимации. Реанимационные мероприятия оказываются наиболее эффективными в тех случаях, когда их проводят в специализированных отделениях, оснащенных необходимой аппаратурой. В настоящее время существуют реанимационные отделения 3-х типов: отделение реанимации общего профиля, отделение послеоперационной интенсивной терапии и специализированные отделения реанимации.

Реанимационные отделения и принцип их работы

Реанимационные отделения общего профиля организуют в крупных больницах и предназначают для проведения реанимационных мероприятий у больных с различными заболеваниями и состояниями: травматическим шоком, массивной кровопотерей, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью. Послеоперационные отделения реанимации и интенсивной терапии развертывают в крупных хирургических стационарах для наблюдения и лечения больных (обычно в течение нескольких суток), перенесших операции под наркозом.

Специализированные центры и отделения реанимации создают для больных с определенными заболеваниями (кар-

диореанимация, токсикологические, нефрологические, инфекционные).

Реанимационные отделения оснащены необходимым диагностическим и лечебным оборудованием: системой для постоянного наблюдения за важнейшими функциями органов дыхания и кровообращения, электрокардиографами, спирографами, передвижным рентгеновским аппаратом, аппаратами для искусственного дыхания и наркоза, дефибрилляторами, кардиостимуляторами, бронхоскопами. В современных отделениях реанимации имеются условия для проведения гемодиализа, гемосорбции и гипербарической оксигенации. При отделениях реанимации имеются лаборатории для проведения клинических и биохимических анализов.

Работа всего медицинского персонала в отделениях реанимации является трудной и ответственной. Врачи-реаниматологи круглосуточно принимают вновь поступающих больных, проводят экстренные реанимационные мероприятия, осматривают всех больных многократно в течение суток, делают подробные записи в некоторых историях болезни и специальных листах назначений, консультируют больных в других отделениях.

Медицинские сестры, работающие в отделениях реанимации, должны не только вести постоянное наблюдение за состоянием больных, но и выполнять большое число различных назначений – инъекций, капельных вливаний, помогать врачу в проведении многих манипуляций, а в ряде случаев

и самим начинать проводить реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), фиксировать выполняемые назначения и результаты наблюдений за больными (частоту дыхания и пульса, уровень артериального давления, диареи и др.) в специальные карты. Учитывая, что больные в отделениях реанимации находятся в тяжелом состоянии, большое место в организации ухода за ними занимают транспортировка, смена нательного и постельного белья, уход за кожными покровами, кормление (нередко парентеральное, зондовое).

Медперсонал в отделениях реанимации должен быть опытным и квалифицированным и иметь соответствующую психологическую подготовку.

Искусственное дыхание

Искусственное дыхание представляет собой замену воздуха в легких больного, осуществляемую искусственным путем с целью поддержания газообмена при невозможности или недостаточности естественного дыхания. В этих случаях широко применяют различные аппаратные способы искусственного дыхания с использованием автоматических респираторов «РО-2», «РО-5», «ЛАДА» и других, позволяющие поддерживать газообмен в легких в течение длительного времени. Искусственное дыхание в качестве меры неотложной помощи необходимо при таких состояниях, как асфиксия (удушьё), утопление, электротравма, тепловой и сол-

нечный удары, различные отравления. В указанных ситуациях прибегают к искусственному дыханию с помощью т. н. экспираторных методов («изо рта в рот» и «изо рта в нос»). При проведении искусственного дыхания больного укладывают горизонтально на спину, шею, грудную клетку и живот пациента освобождают от стесняющей одежды. Полость рта больного освобождают от слюны, слизи, рвотных масс. После этого запрокидывают его голову.

Если челюсти пациента плотно стиснуты, то рот открывают с помощью выдвигания указательными пальцами, надавливая на его углы. При применении способа «изо рта в рот» закрывают нос больного, а выдох осуществляют в рот пострадавшего, предварительно прикрыв его марлей или носовым платком. Затем прикрывают рот и нос пациента, после чего происходит пассивный выдох больного. Критерием правильного проведения искусственного дыхания служат движения грудной клетки больного в момент искусственного вдоха и пассивного выдоха. Искусственное дыхание проводят с частотой 12–18 искусственных вдохов в минуту.

При использовании метода «изо рта в нос» оказывающий помощь закрывает рот больного приподниманием его нижней челюсти и после глубокого вдоха производит энергичный выдох, обхватив губами нос пациента. В экстренных ситуациях искусственное дыхание возможно с помощью т. н. ручных респираторов, в частности мешка Амбу (резиновой саморасправляющейся камеры).

Массаж сердца

К основным реанимационным мероприятиям относят также и массаж сердца, представляющий собой ритмичное сжатие сердца, проводимое с целью восстановления его деятельности и поддержания кровообращения в организме. В настоящее время прибегают в основном к **непрямому (закрытому)** массажу сердца; **прямой (открытый)** массаж осуществляется при помощи непосредственного сжатия сердца во время операции на органах грудной клетки. Непрямой массаж сердца обычно бывает эффективным, если он начат в ранние сроки после прекращения сердечной деятельности. Во время непрямого массажа происходит сдавление сердца между грудиной и позвоночником. Надавливание на грудину осуществляют быстрыми толчками, причем для расправления грудной клетки руки отнимают после каждого толчка.

Темп непрямого массажа сердца составляет обычно 60 сжатий в минуту. Эффективность контролируют не реже 1 раза в минуту. При этом обращают внимание на появление пульса на сонных артериях, восстановление у больного самостоятельного дыхания, повышение артериального давления. Самыми частыми осложнениями при проведении непрямого массажа сердца являются переломы ребер и грудины. Предупреждением этих осложнений являются технически правильное выполнение непрямого массажа сердца, строгое до-

зирование физической нагрузки при надавливании на грудь-
ну.

Помощь при отравлениях

К **отравлениям** относятся патологические состояния, возникающие при попадании в организм разнообразных химических веществ, вызывающих нарушение функций тех или иных органов, вплоть до смертельного исхода. Ядовитые вещества могут попасть в организм человека различными путями: при приеме внутрь через рот (при пищевых отравлениях), ингаляционным путем (при вдыхании паров ядовитых жидкостей), через кожу (при укусах), а также при их введении с помощью инъекций. В клинической картине отравлений на первый план выступают симптомы поражения центральной нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, почек. Лечебные мероприятия, проводимые при отравлениях, должны быть в первую очередь направлены на прекращение воздействия токсичных веществ и их удаление из организма. Если указанные вещества были приняты внутрь, то с этой целью применяют промывание желудка. При ингаляционных отравлениях, например угарным газом, пострадавшего выносят на свежий воздух. При попадании токсичных веществ на кожу их смывают чистой проточной водой. При укусах ядовитых змей выдавливают из раны первые капли крови, прикладывают затем холод к месту укуса, вводят противозмеиную сыворотку. Удаление токсических веществ, уже по-

павших в кровеносное русло, проводят с помощью ускорения их выделения через кожу методом форсированного диуреза (капельно вводят 5 %-ный раствор глюкозы, полиглюкин, реополиглюкин (1,5 л), затем применяют мочегонные препараты и проводят коррекцию водно-электролитного баланса организма). При всех отравлениях проводят симптоматическую терапию, направленную на поддержание функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Для лечения больных с различными отравлениями созданы специальные центры, имеющие необходимое оборудование для быстрого уточнения характера отравления и выявления токсичного вещества. Для более интенсивного удаления ядов из организма широко применяют такие методы лечения, как гемодиализ с использованием аппарата «искусственная почка», перитонеальный диализ (способ внепочечного очищения организма с помощью промывания брюшной полости специальными растворами), гемосорбцию и другие, позволяющие значительно улучшить результаты лечения отравлений.

Помощь при утоплении

Под **утоплением** понимают острые нарушения функций жизненно важных органов, прежде всего органов дыхания, кровообращения, центральной нервной системы, нередко приводящие к смертельному исходу, развивающиеся в результате погружения человека в воду. Смерть при утоплении может наступить как непосредственно при погружении в воду, так и спустя некоторое время после извлечения пострадавшего из воды (в результате остановки сердца, обратимых изменений центральной нервной системы, отека легких, тяжелой пневмонии). Успех реанимационных мероприятий в случае утопления во многом зависит от правильного и своевременного их проведения. Важно, чтобы они начинались не на берегу, а уже на воде, во время буксировки пострадавшего к берегу.

Даже несколько искусственных вдохов, проведенных в этот период, значительно повышают вероятность последующего оживления утонувшего. Более совершенная помощь пострадавшему может быть оказана на берегу. Если у него отсутствует сознание, но сохранены дыхание и сердечная деятельность, то ограничиваются освобождением пострадавшего от стесняющей одежды и применением нашатырного спирта.

При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечной

деятельности проводят одновременно искусственное дыхание с непрямым массажем сердца. Предварительно очищают полость рта и глотки пострадавшего от пены, слизи, песка, ила. Для удаления попавшей в дыхательные пути воды пострадавшего укладывают животом на согнутое в коленном суставе бедро реаниматора так, чтобы голова свешивалась вниз, и, поддерживая одной рукой голову пострадавшего, другой рукой слегка ударяют несколько раз между его лопатками.

Указанные подготовительные мероприятия проводят быстро, после чего, не теряя времени, сразу переходят к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца. В связи с опасностью возникновения поздних осложнений, прежде всего отека легких, пневмонии, острой сердечной и почечной недостаточности, пострадавшего немедленно госпитализируют. В отделении реанимации осуществляют тщательное наблюдение за состоянием больного, часто с помощью мониторингового контроля функций дыхания и кровообращения, определяют кислотно-щелочное состояние организма, электролитный баланс и газовый состав крови, контролируют диурез. Больному проводят ингаляции кислорода, продолжают искусственную вентиляцию легких с помощью автоматических респираторов, осуществляют коррекцию кислотно-щелочного равновесия, проводят лечение с целью нормализации функций органов кровообращения, сердечно-сосудистой системы, почек.

Помощь при тепловом ударе

Под тепловым ударом понимают патологическое состояние, возникающее при перегревании организма в условиях высокой температуры окружающей среды. В результате происходит большая потеря жидкости, сгущение крови, нарушение кислотно-щелочного равновесия организма, гипоксия тканей. Перегревание организма, которое происходит вследствие действия прямых солнечных лучей, носит название солнечного удара. Возникновению солнечного удара в значительной мере способствует длительное пребывание на солнце, особенно с непокрытой головой.

При оказании первой помощи случаям теплового и солнечного ударов больного переносят в прохладное и хорошо проветриваемое место, лицо и грудь смачивают холодной водой, к голове прикладывают пузырь со льдом или холодный компресс, дают холодную воду или чай. При нарушениях дыхания и сердечной деятельности применяют инъекции камфоры, кофеина, ингаляции кислорода.

При развитии обезвоживания организма и нарушении кислотно-щелочного состояния организма применяют внутривенные капельные вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5 %-ного раствора глюкозы.

Помощь при электротравме

Электротравма – поражение организма электрическим током.

При электротравме могут наблюдаться как местные повреждения, так и общие нарушения, проявляющиеся поражением различных органов и систем организма. Первая помощь пострадавшему от электротравмы состоит в устранении повреждающего действия тока. Необходимо срочно выключить рубильник, перерезать, перерубить или отбросить провод, используя для этого предметы с деревянной ручкой. Оказывающий помощь не должен дотрагиваться до открытых частей тела пострадавшего, должен пользоваться резиновыми перчатками или намотанными на руки сухими тряпками, работать по возможности в резиновой обуви, стоя на деревянном покрытии или автомобильной шине. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердечных сокращений немедленно начинают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. В дальнейшем принимают меры к доставке пострадавшего в лечебное учреждение, где осуществляют весь комплекс противошоковых мероприятий, оксигенотерапию, лечение ожогов.

Помощь при радиационном поражении

Радиационными (лучевыми) поражениями называют патологические изменения в организме, возникающие в результате воздействия ионизирующего излучения. Начальный период радиационных поражений проявляется местными и общими лучевыми реакциями, продолжающимися от нескольких часов до нескольких суток и характеризующимися эритемой, общей слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью, повышением температуры тела. При высокой дозе ионизирующего облучения могут наблюдаться тяжелые расстройства сознания. Период выраженных радиационных проявлений характеризуется тяжелым поражением кроветворной системы, кишечника, подавлением иммунитета, интоксикацией, повторяющимися кровотечениями. Радиационные поражения, возникающие при действии высоких доз ионизирующего излучения, протекают значительно тяжелее, приводя нередко к смертельному исходу.

Первая помощь при радиационном поражении заключается в выводе пострадавшего из зоны радиационного заражения, полной санитарной его обработке. С целью выведения попавших в организм радиоактивных изотопов промывают желудок, ставят очистительные клизмы. Используют специфические антидоты. Для борьбы с интоксикацией проводят

дезинтоксикационную терапию, для повышения содержания лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов – переливание крови, лейкоцитарной, эритроцитарной и тромбоцитарной массы. В тяжелых случаях ставят вопрос о пересадке костного мозга.

Уход за больными с радиационными поражениями

Большое значение имеет организация правильного ухода за больными с радиационными поражениями. Учитывая высокую частоту возникновения у них инфекционных осложнений, этих пациентов размещают в изолированные боксированные палаты. Предупреждению инфекционных осложнений способствует и тщательный уход за полостью рта и кожными покровами пострадавшего. Поскольку после воздействия ионизирующего излучения наблюдаются тяжелые поражения пищеварительного тракта, включая слизистую оболочку рта и глотки, для кормления таких больных часто применяют зонд, вводимый через носовые ходы, а также используют парентеральное питание. При входе в палату к больным медицинский персонал надевает дополнительный халат, марлевые респираторы, обувь, находящуюся на коврикe, смоченном 1 %-ным раствором хлорамина.

Раздел 2

Питание больных в лечебном учреждении

Основные принципы лечебного питания

Наука о питании включает в себя большое число важных теоретических и практических аспектов. Многие стороны этой проблемы изучают такие разделы медицины, как физиология и гигиена питания, диетология и др.

В плане общего ухода за больными целесообразным представляется освещение основных вопросов организации лечебного питания, изложение принципов искусственного питания.

Одним из основных принципов лечебного питания больных в стационаре является режим питания и сбалансированность пищевого рациона (количество пищевых продуктов, обеспечивающих суточную потребность человека в питательных веществах и энергии), т. е. соблюдение определенного соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и воды в нужных для организма че-

ловека пропорциях. Так, пищевой рацион здорового человека должен включать в себя 80–100 г белков, 80–100 г жиров, 400–500 г углеводов, 1700–2000 г воды (в т. ч. 800–1000 г в виде питьевой воды, содержащейся в чае, кофе и других напитках), определенный баланс витаминов, микроэлементов и т. д. При этом соотношение белков, жиров, углеводов и других ингредиентов в пищевом рационе больного может изменяться в зависимости от характера заболевания. При сахарном диабете уменьшают содержание углеводов в суточном рационе, при почечной недостаточности уменьшают потребление белков и соли с пищей. Наиболее оптимальным для здорового человека считают четырехразовое питание, при котором завтрак включает в себя 25 % всего пищевого рациона, второй завтрак – 15 %, обед – 35 %, ужин – 25 %. При некоторых заболеваниях режим питания изменяется. Например, больным язвенной болезнью рекомендуют более частый прием пищи небольшими порциями. Лечебное (диетическое) питание является составной частью, нередко одной из важнейших, всего процесса лечения. В настоящее время существует 15 основных диет, или столов лечебного питания. При назначении диеты учитывают характер заболевания, степень имеющихся нарушений в тех или иных органах, в связи с чем вносят соответствующие изменения в состав пищевых рационов, исключают определенные продукты, изменяют технологический режим приготовления пищи. Например, в диете № 1, назначаемой больным

с язвенной болезнью и гастродуоденитом с повышенной секреторной функцией желудка, применяют механическое щажение, которое представляет собой устранение грубых, трудно перевариваемых и плохо усвояемых продуктов (жестких сырых овощей и фруктов, грубых сортов хлеба и т. д.), чего обычно достигают приготовлением пищи в измельченном или протертом виде. Некоторые диеты (№ 7, № 10), назначаемые больным с заболеваниями почек, гипертонической болезнью, предполагают ограничение поваренной соли в пищевом рационе с целью предупреждения задержки натрия в организме, повышения артериального давления и возникновения отеков. Диеты № 8 и № 9 ограничивают калорийность пищевого рациона за счет уменьшения содержания жиров и рафинированных углеводов; эти лечебные столы назначают больным с ожирением, сахарным диабетом.

Пищевой рацион во время таких диет включает в себя какой-либо один вид продуктов (фрукты, творог, молоко и т. д.) и характеризуется чаще всего снижением калорийности. Например, при гипертонической болезни, атеросклерозе, ожирении применяют творожные (400–600 г творога и 2 стакана молока или кефира в день) или яблочные (1–1,5 кг яблок в сутки) разгрузочные дни, причем весь объем пищи распределяется равномерными порциями на 5–6 приемов. Полное голодание является ответственной и далеко небезопасной мерой.

Организация питания и кормления больных

В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных. Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль за качеством продуктов, их закладкой, приготовлением пищи, доставкой в отделения) возлагают на диетсестру. Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Пища на пищеблоке готовится согласно порционнику, который ежедневно составляет главная сестра больницы. При составлении его главная сестра суммирует порционники, поступающие из отделений и из приемного покоя на больных, поступивших ночью.

Доставку пищи осуществляют централизованно в определенной посуде на специальном автотранспорте, который нигде больше не используется. Бачки и кастрюли для пищи все-

гда должны быть чистыми и иметь крышки. В отделениях пища доставляется в раздаточную, где имеются нагревательные приборы: электрические или газовые плиты, горячая вода, мойки.

Раздачу пищи больным производят буфетчицы. Посуду моют в специальных мойках с горчицей, после чего ополаскивают под струей горячей воды и ставят в специальные сушильные шкафы или на сетки. Вилки и ложки сушат. Так моют посуду в соматических отделениях (терапии, хирургии и т. д.). Больные питаются в столовой с хорошим естественным освещением.

Стулья должны быть без мягкой обивки, чтобы их было легко протирать. После каждого приема пищи проводится уборка обеденных столов, а в конце дня столы моют горячей водой. Пищевые отходы собирают в закрытые бачки и своевременно выносят. Столовая, раздаточная должны содержаться в чистоте, за этим следят буфетчицы, но контролируют их старшая сестра и палатные медицинские сестры.

При питании больных учитывают все внешние условия, связанные с приемом пищи: сервировку стола, внешний вид блюд, их запах, вкус, опрятный вид буфетчицы.

Обстановка в столовой должна быть спокойной. Медицинская сестра должна убедиться в значении питания для восстановления здоровья.

Кормление тяжелобольных

Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом. Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры. Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим – придвинуть прикроватный столик и придать полусидячее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить. При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту. В том случае, когда больной не может поднять голову, чтобы он не захлебнулся, можно пользоваться следующим способом кормления. На носик поильника надевают прозрачную трубку (8–10 мм диаметром и 25 см длиной), которую вводят в рот. После введения трубки в рот ее снимают пальцами, затем слегка поднимают и наклоняют поильник, одновременно разжимая пальцы на несколько секунд, чтобы в рот больного попала пища в объеме одного глотка (прозрачность трубки позволяет контролировать количество пропущенной пищи).

Искусственное питание

При ряде заболеваний, когда питание больного через рот невозможно, назначают искусственное питание. Искусственное питание – это введение в организм питательных веществ при помощи желудочного зонда, клизмы или парентерально (подкожно, внутривенно). Во всех этих случаях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, т. к. может привести к инфицированию ран или попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких.

Введение пищи через желудочный зонд

При искусственном питании через желудочный зонд можно ввести любую пищу в жидком и полужидком виде, предварительно протерев ее через сито. К пище обязательно надо добавлять витамины. Обычно вводят молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, распущенное масло, чай.

Искусственное питание через желудочный зонд проводится следующим образом:

1) стерильный тонкий зонд смазывают вазелином и вводят через носовой ход в желудок, придерживаясь направления, перпендикулярного поверхности лица. Когда 15–17 см зонда скроется в носоглотке, голову больного слегка наклоняют

вперед, указательный палец руки вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. Если состояние больного позволяет и нет противопоказаний, то во время введения зонда больной сидит, если больной находится в бессознательном состоянии, то зонд вводят в положении лежа, если возможно, под контролем пальца, введенного в рот. После введения надо проверить, не попал ли зонд в трахею: к наружному концу зонда надо поднести пушинку ваты, кусочек папиросной бумаги и посмотреть, не колышутся ли они при дыхании;

2) через воронку (емкостью 200 мл) на свободном конце зонда под небольшим давлением медленно вливают жидкую пищу (3–4 стакана) небольшими порциями (не более глотка);

3) после введения питательных веществ для промывания зонда вливают чистую воду. Если зонд нельзя ввести в носовые ходы, то его вводят в рот, хорошо фиксируя к коже щеки.

Введение пищи с помощью клизмы

Другим видом искусственного питания является ректальное питание – введение питательных веществ через прямую кишку. С помощью питательных клизм восстанавливают потери организма в жидкости и поваренной соли.

Применение питательных клизм очень ограничено, т. к. в нижнем отделе толстого кишечника всасываются только

вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт. Частично всасываются белки и аминокислоты.

Объем питательной клизмы не должен превышать 200 мл, температура вводимого вещества – 38–40 °С.

Питательная клизма ставится через 1 ч после очистительной и полного опорожнения кишечника. Для подавления кишечной перистальтики добавляют 5–10 капель настойки опия.

С помощью питательной клизмы вводят физиологический раствор (0,9 %-ный раствор натрия хлорида), раствор глюкозы, мясной бульон, молоко, сливки. Ставить питательную клизму рекомендуют 1–2 раза в день, иначе можно вызвать раздражение прямой кишки.

Введение питания подкожно и внутривенно

В тех случаях, когда с помощью энтерального питания нельзя обеспечить организм больного требуемым количеством питательных веществ, используют парентеральное питание.

Жидкость в количестве 2–4 л в сутки можно вводить капельным способом в виде 5 %-ного раствора глюкозы и раствора поваренной соли, сложных солевых растворов. Глюкозу можно вводить также внутривенно в виде 40 %-ного раствора. Необходимые организму аминокислоты можно ввести в виде белковых гидролизаторов (аминопептида, гидролизии Л-103, аминокровии), плазмы.

Препараты для парентерального питания чаще всего вводят внутривенно. При необходимости частого и длительного их применения производят катетеризацию вен. Реже используют подкожный, внутримышечный, внутриартериальный способы введения.

Правильное применение парентеральных препаратов, строгий учет показаний и противопоказаний, расчет необходимой дозы, соблюдение правил асептики и антисептики позволяют эффективно устранить имеющиеся у больного различные, в т. ч. и очень тяжелые, нарушения обмена веществ, ликвидировать явления интоксикации организма, нормализовать функции его различных органов и систем.

Правила передачи и хранения продуктов

Больным разрешается передавать, если не назначена диета: печенье, молоко, кефир, масло, сыр, яйца, фрукты, варенье.

К передаче не допускаются скоропортящаяся колбаса, острые рыбные и мясные консервы, торты, пирожные, сельдь, рыба. Медицинский персонал должен строго следить за соответствием продуктов питания, передаваемых больному, перечню продуктов, разрешенных для передачи.

Личные продукты питания (сухие продукты) больные хранят в тумбочке, а скоропортящиеся продукты – в специально выделенном холодильнике.

Медицинский персонал отделения должен ежедневно проверять тумбочки и холодильники, в которых хранятся личные продукты больных. Испорченные продукты после уведомления больного должны быть изъяты.

Раздел 3

Применение лекарственных веществ

Правила выписки, хранения и раздачи лекарственных средств

В успешном лечении больных необходимо соблюдать правильную дозировку и интервалы между введением препаратов.

Выписывание лекарств проводится ежедневно старшей медицинской сестрой после обхода врача. Все лекарственные препараты, дозы, метод введения и интервалы медицинская сестра записывает в специальный лист назначений, который каждый день проверяется после обхода врача. Для выписывания медикаментов из аптеки медицинская сестра отделения заполняет рецептурные требования, которые состоят из 2 половин. Одна половина отрывается и передается старшей сестре отделения, которая собирает требования всех сестер отделения, проверяет правильность дозировки, составляет общее требование, которое после подписи заведующего отделением и главного врача передает в аптеку,

а другая половина остается в отделении для последующего контроля. После изготовления лекарств аптекой старшая медицинская сестра, получая их, сверяет аптекарские надписи с записями в рецептурных тетрадях, проверяет дозировку, внешний вид.

Наркотики для всей больницы выписывает главная медсестра, получает их в районной аптеке и передает заведующему приемным покоем. Поступление их регистрируется в специальном журнале учета. Наркотические средства и журнал учета и расхода хранятся в сейфе, ключ от сейфа находится у заведующего приемным покоем, а в вечерние и ночные часы – у дежурного врача. Расход наркотиков ежедневно записывается в журнал учета, в истории болезни и листы назначений. В истории болезни подписываются врач и сестра, сделавшая инъекцию. Таблетированные наркотики принимаются больным в присутствии медицинской сестры, и она ставит свою подпись в истории болезни. В журнале учета расписывается врач, получивший наркотики. Все остальные лекарства, кроме наркотиков, хранятся в специальных шкафах, которые находятся на посту медицинской сестры. Шкафы обязательно запираются и контролируются старшими сестрами.

В шкафу лекарства располагают по группам (стерильные, внутренние, наружные) на отдельных полках. Сильнодействующие средства хранят отдельно, в отдельных шкафах А и В, которые запираются. На всех упаковках, пузырьках ука-

зывается срок годности. Появление налета, хлопьев, изменение цвета, запаха являются признаками порчи лекарственных веществ, это указывает на непригодность их к употреблению. Прежде чем дать больному препарат, следует внимательно прочесть надпись, срок годности, учесть внешний вид.

Методы введения лекарственных веществ

Можно применять лекарство наружно через кожные покровы и слизистые оболочки, путем ингаляций через дыхательные пути, внутрь через рот или прямую кишку и путем инъекций (парентерально) внутрискожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно и внутриаpтериально.

Наружное применение

Наружно применяют лекарственные вещества в виде мазей, растираний, действие которых рассчитано в основном на их местный эффект.

Мазь наносят всегда на чистую кожу чистыми руками. Для растирания кожи пользуются небольшим количеством теплого лекарственного вещества, которое наливают на ладонь и растирают на коже до тех пор, пока ладонь не станет сухой, а кожа не покраснеет.

Ингаляции

Ингаляция – метод введения лекарственных веществ через дыхательные пути посредством вдыхания. Вдыхать с лечебной целью можно кислород и мелкораспыленные различные лекарства (аэрозоли) по назначению врача.

Для их образования употребляют специальные аппараты

– ингаляторы различных марок, в т. ч. ультразвуковые. Во время ингаляции больные должны дышать спокойно.

Внутреннее применение лекарственных веществ

Внутренний прием лекарственных веществ является самым распространенным и удобным способом введения. Через рот лекарства употребляют в виде порошков, таблеток, пилюль, капель и микстур, как правило, внутрь лекарства дают больному перед едой, за исключением раздражающих желудочно-кишечный тракт, которые дают после еды. Недостатком приема лекарств через рот и прямую кишку является медленное и неполное всасывание препарата в желудочно-кишечном тракте, в связи с чем нельзя точно установить дозировку. Свечи вводят в прямую кишку, для этого больной ложится на бок с притянутыми к животу ногами.

Перед введением свечи необходимо поставить очистительную клизму. Лекарственные вещества, находящиеся в свечах, действуют местно на слизистую оболочку или всасываются в кровь и оказывают общее действие на организм.

Введение лекарств путем инъекций

Парентеральное введение лекарств осуществляют посредством инъекций: внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутриартериально, в брюшную или плевральную полость, сердце, в костный мозг грудины, в спинно-мозговой канал, в какой-либо болезненный очаг. Основным преимуществом

этого способа является быстрота и точность дозировки (лекарство поступает в кровь в неизменном виде). Этот метод требует соблюдения правил асептики и антисептики. Для инъекций пользуются шприцами и иглами. В последнее время чаще используют одноразовые шприцы.

Для различных инъекций существуют разные виды игл: для вливаний в вену пользуются иглами длиной 5–6 см с просветом от 0,9 до 0,5 мм; для подкожных инъекций – иглами длиной 3–4 см с просветом от 0,5 до 1 мм; для внутримышечных инъекций – иглами длиной 8–10 см с просветом от 0,8 до 1,5 мм. Шприцы и иглы требуют самого тщательного ухода и бережного отношения. Хранить их следует в сухом и разобранном виде в металлическом футляре (многодозовые шприцы).

Инъекции выполняют в процедурном кабинете. Тяжелым больным инъекции проводят в палате. Для этого используют стерильный лоток или крышку стерилизатора. На дно крышки помещают стерильную салфетку, на которую кладут шприц с лекарством, ватные шарики, смоченные в этиловом спирте, и накрывают все стерильной салфеткой.

Внутрикожное введение лекарственных веществ применяют с целью диагностики или при местном обезболивании. Для этого следует выбрать иглу длиной не более 2–3 см и малым просветом. При внутрикожном введении иглу вводят в толщу кожи на незначительную глубину, вливают 1–2 капли жидкости, вследствие чего на коже образуется беловатый

бугорок в виде лимонной корочки.

Подкожно обычно вводят растворы лекарств, которые быстро всасываются в рыхлой подкожной клетчатке и не оказывают на нее вредного действия. Под кожу можно вводить от небольшого количества до 2 л жидкости. Лучше всего проводить подкожные инъекции на наружной поверхности плеча, подлопаточном пространстве, передненаружной поверхности бедра. На этих участках кожа легко захватывается в складку и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы.

При выраженной интоксикации, обезвоживании больного, когда невозможно провести пункцию вены, применяют подкожное капельное введение лекарственных средств (изотонического раствора хлорида натрия, 5 %-ного раствора глюкозы и других стерильных растворов). Одномоментно можно ввести до 500 мл раствора, чтобы не вызвать повреждения подкожной клетчатки, а в течение суток – 1,5–2 л жидкости. Наиболее удобным местом для длительных подкожных вливаний является передненаружная поверхность бедра.

При проведении подкожных инъекций возможен ряд осложнений, связанных с неправильной техникой введения и несоблюдением правил асептики и антисептики, могут возникнуть инфекционные осложнения – абсцесс или флегмона, которые требуют хирургического вмешательства. При постоянном введении лекарств в одно и то же место может

образоваться болезненный инфильтрат, особенно часто он возникает при введении холодных масляных растворов, например раствора камфоры. Поэтому лекарственные препараты на масляной основе перед введением необходимо подогреть.

Внутримышечные инъекции проводят в мышцы ягодиц и бедер, т. к. здесь наличествует значительный слой мышечной ткани и близко не проходят крупные сосуды и нервные стволы.

Обычно инъекции проводят в верхненаружный квадрат ягодицы. Для внутримышечных инъекций пользуются иглами длиной 8–10 см, толщиной 0,8–1,5 мм. При употреблении нестерильных шприцев и игл, неточном выборе места инъекции, недостаточно глубоком введении иглы и попадании при введении в сосуды могут возникнуть различные осложнения: инфильтраты и абсцессы, повреждения нервов, медикаментозная эмболия, переломы иглы и т. д.

Внутривенное введение лекарственных веществ отличается тем, что лекарственное вещество непосредственно поступает в кровь, оказывая немедленное действие. Можно пользоваться 2 методами непосредственного введения лекарства в кровь – **венепункцией и венесекцией**.

Венесекция применяется тогда, когда плохо выражены вены, недостаточно их наполнение. В этих случаях вену обнажают оперативным путем и вводят иглу под контролем зрения. Чаще используют шприц емкостью 10–20 мл с хоро-

шо подобранной иглой, резиновый жгут, спирт и стерильный материал. При внутривенном введении особенно необходимо удалить все пузырьки воздуха из шприца, наполненного лекарством.

Внутривенное вливание производится в положении больного лежа или сидя, обычно в вены локтевого сгиба после обработки кожи спиртом. Выше локтевого сгиба на среднюю треть плеча накладывают жгут. Рука должна лежать на столе или на кровати в положении максимального разгибания в локтевом суставе, для этого под руку подкладывают плоскую подушку. Иглу устанавливают под углом 30–40° к поверхности кожи. После прокола вены жгут отпускают и вводят лекарство струйно или капельно. Медсестра должна тщательно следить за скоростью введения лекарственного препарата и реакцией больного. При необходимости скорость вливания регулируется.

Внутривенные капельные вливания проводят для введения инфузионных растворов, переливания крови и кровезаменителей.

В настоящее время для внутривенных капельных вливаний используют одноразовые стерильные системы, которые продаются в герметичных полиэтиленовых пакетах. Одноразовые системы вынимаются из упаковки, собираются и заполняются лекарственными препаратами непосредственно перед проведением внутривенного вливания.

Осложнения при внутривенном введении лекарственных веществ

Осложнения:

1) **пирогенные реакции**, сопровождающиеся резким повышением температуры и сотрясающим ознобом. Это происходит при использовании препаратов с истекшим сроком годности, введении некачественно приготовленных растворов;

2) **жировая эмболия** легочных сосудов возникает при ошибочном введении в вену препаратов, предназначенных для внутримышечного или подкожного введения, например раствора камфоры в масле. Жировая эмболия проявляется внезапными болями в области сердца, удушьем, кашлем, посинением лица, верхней половины грудной клетки;

3) **воздушная эмболия** сосудов легких получается при попадании своевременно не удаленных из шприца или системы для переливания крови пузырьков воздуха;

4) **головокружение, коллапс, нарушение ритма сердца** могут быть следствием слишком быстрого введения лекарственного препарата;

5) **инфильтрат** образуется при попадании лекарства в подкожную клетчатку. Это происходит в случае сквозной перфорации вены. Попадание под кожу таких препаратов, как эуфиллин, кальция хлорид, очень болезненно. Если это произошло, на область локтевого сгиба рекомендуется поставить полуспиртовой или сухой компресс;

6) **гематомы** в месте инъекций чаще образуются у больных с нарушенной свертываемостью крови или повышенной проницаемостью сосудов. Профилактикой этого осложнения является длительное (3–5 мин) плотное прижатие места инъекции;

7) **сепсис** может развиваться при нарушении правил асептики и антисептики;

8) **флебит** – воспаление вен, вызванное химическим или физическим раздражением, часто сопровождается тромбированием пораженной вены;

9) **аллергические реакции** могут возникнуть при применении большинства лекарственных препаратов. Проявляются они в виде зуда кожи, кожных высыпаний, отека Квинке. Наиболее опасной формой реакции является анафилактический шок (одышка, тошнота, зуд кожи, снижение артериального давления, потеря сознания, посинение кожи). При появлении у больного любого из указанных симптомов следует немедленно прекратить введение лекарства и тут же оказать экстренную помощь. Таким образом, внутривенный способ введения лекарственных веществ, хотя и обладает значительными преимуществами, может привести к целому ряду серьезных осложнений, в связи с чем требуется соблюдать правила его проведения.

Раздел 4

Измерение температуры. Уход за лихорадящими больными

Термометрия и ее способы

Температура тела человека (как показатель теплового состояния организма) остается при любых условиях относительно постоянной. Поддержание постоянства температуры тела обеспечивается сложными процессами терморегуляции – функциональной системой, включающей в себя периферические (кожа, кровеносные сосуды) и центральные (гипоталамус) терморцепторы, специальные центры терморегуляции, расположенные в головном мозге, и эфферентные пути, регулирующие уровень теплопродукции и теплоотдачи.

Температура тела здорового человека колеблется в пределах 36,4–36,8 °С. Летальная максимальная температура тела, при которой наступает смерть человека, составляет 43 °С. В течение суток температура колеблется от нескольких десятых до 1 °С. При измерении в прямой кишке нормальной можно считать температуру до 37,5 °С.

Для измерения температуры тела пользуются медицинским термометром. Измерение температуры производят ча-

ще всего в подмышечной впадине, реже – в паховой складке. У истощенных больных и грудных детей можно измерять температуру в ротовой полости или в прямой кишке.

В местах, используемых для измерения температуры, не должно быть воспалительного процесса, т. к. последний дает местное повышение температуры. Грудным детям температуру измеряют в паховой складке или в прямой кишке. Для измерения температуры в прямой кишке ребенка кладут на бок, резервуар термометра смазывают вазелином и вводят в задний проход на 2–3 см. Для измерения температуры в полости рта резервуар термометра помещают между нижней поверхностью языка и дном полости рта, удерживая его сомкнутыми губами. Длительность измерения температуры в подмышечной области и в паху – 10 мин, в полостях – 5 мин. В стационаре температуру измеряют всем больным между 7 и 9 и между 17 и 19 ч. Иногда требуется более частое измерение температуры – 3–4 раза в день или через 2 ч, т. к. не у всех больных период повышения температуры совпадает со временем ее обычного измерения.

Лихорадка и ее виды

По степени повышения выделяют температуру: **субфебрильную** – 37–38 °С, **фебрильную** – 38–39 °С, **гиперпиретическую** – больше 39 °С.

В отношении хода развития лихорадки в температурной кривой различают 3 периода:

1) начальная стадия, или период нарастания температуры. При одних заболеваниях этот период очень короток и измеряется часами, обычно сопровождаясь ознобом (малярия, воспаление легких, рожа и др.), при других – растягивается на более или менее продолжительный срок, на несколько дней;

2) стадия разгара лихорадки. Вершина температурной кривой длится от нескольких часов до многих дней и даже недель;

3) стадия снижения температуры. При одних заболеваниях температура снижается быстро, в течение нескольких часов – критическое падение температуры, или кризис, при других – постепенно, в течение нескольких дней – литическое падение, или лизис. По характеру температурных колебаний выделяются следующие типы лихорадки:

1) постоянная лихорадка характеризуется тем, что в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 °С, при этом отмечается высокая темпера-

тура тела;

2) послабляющая лихорадка дает суточные колебания температуры в пределах 2°C , причем утренний минимум выше 37°C . При послабляющей лихорадке подъем температуры сопровождается ознобом, снижение температуры – потливостью;

3) перемежающаяся лихорадка характеризуется внезапным повышением температуры до 39°C и выше, а через несколько часов температура падает до нормальных цифр. Подъем температуры повторяется через каждые 1–2 или 3 дня. Этот тип лихорадки характерен для малярии;

4) гектическая лихорадка характеризуется повышением температуры на $2\text{--}4^{\circ}\text{C}$ в вечерние часы и падением ее до нормы и ниже в утренние часы. Такое падение температуры сопровождается резкой слабостью с обильным потоотделением. Наблюдается при сепсисе, тяжелых формах туберкулеза;

5) обратный тип лихорадки отличается тем, что утренняя температура бывает выше вечерней. Встречается при туберкулезе легких;

6) неправильная лихорадка сопровождается разнообразными и неправильными суточными колебаниями – встречается при ревматизме, гриппе и т. д.;

7) возвратная лихорадка отличается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами. Подъем температуры до 40°C и более сменяется ее падением через

несколько дней до нормальной, которая держится в течение нескольких дней, а затем кривая температуры повторяется. Такой тип лихорадки характерен для возвратного тифа;

8) волнообразной лихорадке свойственно постепенное повышение температуры в течение нескольких дней и постепенное снижение ее до нормы. Затем наступает новое повышение с последующим снижением температуры. Такая температура встречается при лимфогранулематозе, бруцеллезе.

Уход за лихорадящими больными

Уход за лихорадящими больными зависит от периода лихорадки или ее стадии. При нарастании температуры, когда отмечаются озноб, ломота во всем теле, больного нужно согреть: тепло укрыть, дать ему горячее питье.

В период максимального подъема температуры нарушается обмен веществ, больной истощается, поэтому его следует усиленно питать, давая высококалорийные и легкоусваиваемые продукты в жидком и полужидком виде 6–7 раз в сутки.

Во время лихорадки больной теряет большое количество жидкости, что требует ее восполнения. Нужно почаще предлагать пить, понемногу, каждые 20–30 мин. В этой стадии необходимо следить за больным – у него возможны бред и галлюцинации, что требует установления индивидуально-го поста. Чтобы больной не упал с кровати, нужно загородить кровать сеткой. При снижении температуры, особенно критическом, может возникнуть острая сердечно-сосудистая недостаточность, от которой человек, не получив своевременной помощи, может погибнуть.

Кризис может иметь и благоприятное течение, когда снижение температуры сопровождается обильным потоотделением, пульс и дыхание не учащены, сознание восстанавливается, бессонница сменяется сном.

Раздел 5

Методы воздействия на кровообращение

«Отвлекающие средства»

Кожа человека снабжена большим количеством нервных окончаний, которые чутко воспринимают разнообразные влияния внешней среды. При раздражении нервных рецепторов кожи теплом (холодом) ее сосуды расширяются (сужаются). Такие же изменения происходят в сосудах внутренних органов по принципу рефлекторной реакции кожи. Основанная на этом принципе возможность воздействия на кровообращение внутренних органов используется при применении т. н. «отвлекающих средств».

Горчичники

Действующим началом горчичников является эфирное горчичное масло. Оно вызывает раздражение кожи и расширение кожных кровеносных сосудов, оказывая рефлекторное влияние на кровообращение подлежащих тканей и органов. Горчичники применяются при воспалении легких или бронхов, при межреберной невралгии, радикулитах, миози-

тах как отвлекающее и рассасывающее средство. Противопоказаниями к назначению являются заболевания кожи и кровотечения. Горчичники хранят в сухом и темном месте. Срок хранения их от 8 до 11 месяцев. Пригодный горчичник отличается от непригодного тем, что дает острый запах горчичного масла и не осыпается.

Перед употреблением горчичник надо смочить в теплой воде, стряхнуть воду и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз, поверх кладут полотенце. Держат горчичники 10–15 мин. Если процедура проведена правильно, появляется покраснение кожи и чувство жжения. При повышенной чувствительности кожи горчичники могут вызвать ожоги. Сняв горчичник, кожу обмывают теплой водой, вытирают насухо, больного одевают и хорошо укрывают. Иногда назначают ножные горчичные ванны, при этом используется 50 г горчицы на ведро воды с температурой 50 °С, длительность ванны – до 20–30 мин. По окончании ванны ноги ополаскивают теплой водой, хорошо вытирают и укладывают больного в постель.

Банки

Банки являются отвлекающим способом воздействия и назначаются при кашле для устранения воспаления и уменьшения болей. Применяются при воспалении бронхов или легких, миозитах, межреберных невралгиях. Противопоказаниями являются легочное кровотечение, туберкулез лег-

ких, опухоли органов грудной клетки, болезни кожи и ее повышенная чувствительность, резкое истощение больного, состояние сильного возбуждения, судороги.

Подготовка банок: сухие чистые банки с целыми краями в количестве 15 штук, кладут рядом с больным; на металлический стержень длиной 12–15 см наматывают гигроскопическую вату, готовят спирт. Банки ставят на грудную клетку и поясницу. Нельзя ставить их на позвоночник, лопатки, область сердца и молочных желез у женщин. Для плотного прилегания банки и профилактики ожога кожи, поверхность тела смазывают вазелином. Чтобы банка присосалась, внутри нее надо создать разреженное пространство. Для этого вату на металлическом стержне смачивают спиртом или эфиром, банку держат недалеко от тела больного левой рукой, а правой на короткое время вводят в банку горящий тампон, после чего быстро приставляют ее к телу. Если банка поставлена правильно, кожа втягивается в нее на высоту 1–3 см и приобретает ярко-красную или багровую окраску, появляется кровоподтек. Процедура длится 15–20 мин. Для снятия банки надо одной рукой слегка отклонить ее в сторону, а пальцами другой руки надавить на кожу с противоположной ее стороны у края. После снятия банок вытирают слой вазелина. Больного тепло одевают и укрывают одеялом. Банки хорошо протирают и складывают в ящик. Наиболее частое осложнение – ожог кожи, вплоть до появления пузырей. При ожоге кожи лучше всего наложить сухую антисептическую

повязку или стерильные салфетки с риванолом 1: 1 фурацилином.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.