



# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К  
ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

- ВВЕДЕНИЕ
- МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ
- ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
- ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И  
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
- ГИГИЕНА БОЛЬНОГО
- ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К  
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ
- УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С  
РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА  
БОЛЬНЫМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ
- ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К  
ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ
- УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
- СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
- ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЛЫХ ОРГАНОВ  
ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЯ
- ПИТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
- ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ-  
МЕНЯЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
- ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ
- ОСНОВЫ РЕАНИМАЦИИ



КАФЕДРА ОБЩЕЙ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ОТ ВОПРОСОВ К ОТВЕ-  
ТАМ, ОТ СОМНЕНИЙ К УВЕРЕННОСТИ,  
ОТ ДИЛЕТАНТСТВА К ПРОФЕССИОНА-  
ЛИЗМУ



# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



ОХУНОВ Алишер Орипович—доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и детской хирургии Ташкентской Медицинской Академии



ТАВАШАРОВ Бахадыр Назарович — ассистент кафедры общей и детской хирургии Ташкентской Медицинской Академии

## Уважаемые студенты!

Вашему вниманию представляется электронный учебник «ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ» который составлен согласно учебному плану предмета «ДОКТОР-ПАЦИЕНТ». Так что такое уход за больными и каковы его цель и задачи? И так:

**Уход за больным** – (греч. *hypourgiai* – помогать, оказывать услугу) – медицинская деятельность, направленная на облегчение состояния больного и способствующая его выздоровлению. Во время ухода за больным вовлекаются в жизнь компоненты личной гигиены больного и окружающей его среды, которые больной не в состоянии обеспечить сам из-за болезни. При этом в основном используются физические и химические методы воздействия на основе ручного труда медицинского персонала.

Уход за больными подразделяют на **общий и специальный**.

**Общий уход** включает мероприятия, которые необходимы самому больному, независимо от характера имеющегося патологического процесса (питание больного, смена белья, обеспечение личной гигиены, подготовка к диагностическим и лечебным мероприятиям).

**Специальный уход** – комплекс мероприятий, применяемый в отношении определенной категории пациентов (хирургических, кардиологических, неврологических и др.).

Хирургический уход представляет собой медицинскую деятельность по реализации личной и клинической гигиены в стационаре, направленную на оказание помощи больному при удовлетворении им основных жизненных потребностей и во время патологических состояний. Таким образом, основными задачами хирургического ухода являются: 1) обеспечение оптимальных условий жизни больного, способствующих благоприятному течению заболевания; 2) выполнение назначений врача; 3) ускорение выздоровления пациента и снижение количества осложнений. Хирургический уход подразделяется на общий и специальный.

**Общий хирургический уход** заключается в организации Санитарно-гигиенического и лечебно-охранительного режимов в отделении.

Санитарно-гигиенический режим включает: организацию уборки помещений; обеспечение гигиены больного; профилактику нозокомиальной инфекции.

Лечебно-охранительный режим заключается в: создании благоприятной обстановки для больного; обеспечение лекарственными препаратами, их правильной дозировке и применению по назначению врача; организации качественного питания больного в соответствии с характером патологического процесса; правильном проведении манипуляций и подготовки больного к обследованиям и оперативным вмешательствам.

**Особенности ухода за хирургическими больными определяются:** дисфункциями органов и систем организма, возникающих вследствие заболевания (патологического очага); необходимостью и последствиями проведения обезболивания; операционной травмой.

Особое внимание у данного контингента больных должно быть направлено, прежде всего, на ускорение процессов регенерации и предупреждения инфекции. Рана является входными воротами, через которые во внутреннюю среду организма могут проникать гноеродные микроорганизмы. При всех действиях среднего и младшего медицинского персонала в процессе ухода за больными должны строго соблюдаться принципы асептики.

Следуя навигационной системе Вы сможете получить всю необходимую информацию для освоения данного предмета. Электронный учебник обогащен демонстративным материалом и ссылками на интернет источники. Особое место удалено тестовым вопросам и возможности их решения в of-line режиме. Электронный учебник размещен на сайте [tma.uz](http://tma.uz).





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

**Медицинская этика** – это совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников.

**Деонтология** – это совокупность этических норм при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

**Врач и больной.** Главная забота врача – улучшение здоровья больного человека. Тактика врача по отношению к больному, как правило, строго индивидуализирована. Она должна строиться в зависимости от тяжести состояния больного, с учетом его характера, культуры, образования. Для одних людей, особенно молодых женщин, требуется ласковое, мягкое обращение, внимательность, необходимость сказать комплимент и т.д. для других, особенно мужчин, прошедших службу в армии, необходима суровая категоричность заключения, имеющего командный стиль. Третьим, с низким интеллектуальным уровнем, следует простыми, доступными словами объяснить, чем страдает больной, какую операцию необходимо выполнить. Самое главное – показать пациенту, что хирург лично заинтересован в его выздоровлении, знает, как помочь больному, и уверен в успехе лечения. Во всех случаях больные нуждаются в утешении, однако врач обязан поставить в известность больного о серьезности его положения, развитии возможных осложнений. Исключение делается только для безнадежных больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Врач должен отмечать даже малейшие положительные изменения в состоянии больного, что имеет большое моральное значение. Следует подчеркнуть, что на все инвазивные вмешательства необходимо письменное согласие пациента, которое фиксируется в истории болезни. При отсутствии расписи больного в истории болезни возможны юридические разбирательства в суде со стороны родственников больного.

**Врач и родственники больного.** Ближайшим родственникам больного (родственникам первой линии) врач обязан сообщить исчерпывающую информацию о характере заболевания, виде операции, возможных осложнениях, операционном риске. Ближайшими родственниками являются жена, дети и родители пациента. Всем другим родственникам и знакомым даются по их требованию самые общие сведения о состоянии больного. Следует строго соблюдать правило: согласие на операцию, имеющее юридическую силу, дает только больной. Только при бессознательном состоянии, недееспособности в результате психического заболевания, а также за детей, не достигших совершеннолетия, согласие на операцию дают ближайшие родственники. Врачу-хирургу всегда необходимо иметь контакт с ближайшими родственниками больного, что в случаях летального исхода позволяет избежать ненужных жалоб и кривотолков.

**Вопросы деонтологии в онкологии.** Врач-хирург с первых минут общения с больным раком должен убедить больного в возможности излечения. В настоящее время предметом дискуссии является необходимость информирования пациента о том, что он страдает раковым заболеванием. С юридической точки зрения, пациент имеет право на полную информацию о своем заболевании. В странах Западной Европы и Америке больному обязательно сообщают о том, что он болен раком. Однако большинство пациентов с онкологическими заболеваниями страдает в психологическом плане от понимания возможности прогрессирования заболевания. Поэтому многие хирурги склоняются к старому, проверенному многолетней практикой положению о необходимости скрывать истинный характер заболевания. В медицинских справках диагноз пишется на латинском языке, для проведения химиотерапии пациенты госпитализируются в палаты общего профиля.

**Врачебная тайна.** Врач и другие медицинские работники не вправе разглашать, ставшие им известными в силу исполнения своих профессиональных обязанностей, сведения о болезни, семейной и интимной сторонах жизни пациента. Нельзя упоминать фамилию больного в научных трудах, демонстрировать фотографии больного, не маскируя его лица. В тоже время врач обязан немедленно ставить в известность санитарные органы о случае инфекционных и венерических заболеваний, отравлении; следственные органы - об убийствах и травмах, огнестрельных и неогнестрельных ранениях. Врач обязан сообщать руководителям учреждений о заболеваниях персонала, при наличии которых заболевшие не имеют работать в данной отрасли (туберкулез и венерические заболевания у работников пищевого блока, эпилепсия у водителя и т.д.).

**Взаимоотношения работников в медицинском учреждении.** Отношения между сотрудниками медицинских учреждений, должны соответствовать следующим принципам общечеловеческой морали: честность, дружелюбие, взаимоуважение, подчинение более опытному и старшему коллеге и др. В лечебных учреждениях должна быть такая обстановка, которая максимально щадила бы психику больного и создавала атмосферу доверия к врачу. Недружелюбие и заносчивость руководителей, низкопоклонность и угодничество подчиненных исключают возможности анализа и исправления допущенных ошибок, ведут к снижению качества оказания медицинской помощи населению.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

**Организация работы приемного отделения.** Приемное отделение (приемный покой) предназначено для приема пациентов, доставленных в порядке скорой помощи, направленных из поликлиник и амбулаторий или обратившихся за помощью самостоятельно.

*Приемное отделение выполняет следующие функции:*

- круглосуточно проводит осмотр всех больных и пострадавших, доставленных или обратившихся в приемное отделение;
- устанавливает диагноз и оказывает высококвалифицированную лечебную и консультативную помощь всем нуждающимся в ней;
- производит обследование и в случае необходимости собирает консилиум из нескольких специалистов для уточнения диагноза;
- при неясном диагнозе обеспечивает динамическое наблюдение за больными;
- производит сортировку и госпитализацию в профильные или специализированные отделения стационара;
- переводит непрофильных больных и пострадавших после оказания им необходимой помощи в больницы и отделения по профилю заболевания или травмы или направляет на амбулаторное лечение по месту жительства;
- обеспечивает постоянную круглосуточную связь со всеми оперативными и дежурными службами города.

Приемное отделение включает зал ожидания, регистратуру, справочное бюро, смотровые кабинеты. Приемное отделение имеет тесные функциональные контакты с лабораториями, диагностическими подразделениями стационара, изоляторами, операционными, перевязочными и др.

**Требования к уборке:** Уборка помещений приемного отделения обязательно проводится не реже 2 раз в день влажным способом с применением моющих и дезсредств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Уборочный инвентарь должен быть промаркирован и использоваться по назначению. После использования его замачивают в дезинфицирующем растворе, прополаскивают в проточной воде, просушивают и хранят в специально отведенном помещении. Кушетки, kleenки, kleenчатые подушки после осмотра каждого пациента обрабатываются ветошью, смоченной раствором согласно действующей инструкции. Простыни на кушетке в смотровом кабинете меняются после каждого больного. В процедурном кабинете, перевязочной, а также в малой операционной влажная уборка проводится 2 раза в сутки с применением 6% раствора перекиси водорода и 0,5% раствором моющего средства или дезраствором. Каталки после использования обрабатываются дезраствором согласно действующей инструкции.

**Зал ожидания** предназначен для больных и сопровождающих их родственников. Здесь должно быть достаточно количество стульев, кресел, каталогов (для транспортировки больных). На стенах вывешивают сведения о работе лечебного отделения, часах беседы с лечащим врачом, перечень продуктов, разрешенных для передачи больным, телефон справочной службы больницы. Здесь должны быть указаны дни и часы, в которые можно посещать больных.

Кабинет дежурной медсестры. В нем производится регистрация поступающих больных и оформление необходимой документации. Здесь должен быть письменный стол, стулья, бланки необходимых документов.

Смотровой кабинет предназначен для осмотра больных врачом и, кроме того, здесь же медсестра проводит больным термометрию, антропометрию, осмотр зева, а иногда и другие исследования (ЭКГ).

Оснащение смотрового кабинета: кушетка, покрытая kleenкой (на которой осматривают больных); ростомер; весы медицинские; термометры; тонометр; шпатели; раковина для мытья рук; письменный стол; стул; бланки историй болезни.

Процедурный кабинет предназначен для оказания неотложной помощи больным (шок, висцеральные колики и др.).

Оснащение процедурного кабинета: кушетка; стулья; медицинский шкаф, в котором находятся: противошоковая аптечка, одноразовые шприцы, одноразовые системы, противошоковые растворы, спазмолитики и другие лекарственные препараты; бикс со стерильным перевязочным материалом, стерильный пинцет в дезинфицирующем растворе (для работы с биксом); бикс со стерильными желудочными зондами, резиновыми мочевыми катетерами, наконечниками для клизм.

Операционно-перевязочная предназначена для проведения небольших операций (ПХО случайной раны, вправление вывиха, репозиция несложных переломов и их иммобилизация, вскрытие небольших гнойников и др.).

Санпропускник, его задачи входит:





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

**Структура и оснащение.** Отделения являются базовыми подразделениями лечебно – профилактического учреждения и по своей деятельности делятся на два вида: **профильные** (кардиохирургическое, сосудистое, торакальное, колопроктологическое, хирургической инфекции и др.) и **лечебно-диагностические** (физиотерапевтическое, рентгенологическое, функциональной диагностики, лабораторное и др.).

**В состав хирургического отделения входят следующие помещения:** палаты для больных; перевязочная и манипуляционная; процедурный кабинет; смотровой кабинет; клизменная; помещение для хранения переносной аппаратуры; кабинет заведующего отделением; ординаторская; комната старшей медсестры; буфетная; помещение для хранения уборочного инвентаря. Соотношение площади палат и вспомогательных помещений должно быть 1:1 или более в пользу вспомогательных помещений, что позволяет поддерживать надлежащий санитарный и противоэпидемический режим. Чаще хирургическое отделение спланировано таким образом, что по одну сторону широкого коридора (не менее 2,5 м) располагаются палаты, а в хорошо освещенном коридоре находятся сестринские посты. В современных стационарах, больницах предусмотрена столовая для больных. Совершенно недопустимо как с точки зрения гигиены, так и с точки зрения этики принятие ходячими больными пищи в палате, сидя на кровати. В отделении обязательно должно быть санитарный узел (в современных стационарах он находится в каждой палате), ванная, буфетная, бельевая. В некоторых больницах предусмотрены для больных комната отдыха, веранды для прогулок.

**Самым важным местом больницы являются палата и койка больного.** Здесь сосредоточена жизнь больного в один из самых трудных ее периодов – болезни и операции. Именно в этот период больной особенно нуждается в покое и комфорте. Во многих больницах в связи с перегрузкой в палате и коридорах ставят дополнительные койки. На них больные должны лежать 1-2 дня, не более, обычно это вновь поступившие в экстренном порядке больные. Иногда создается необходимость вывести из общей палаты больного, не подлежащего изоляции, но мешающего окружающим (например, сильно кашляющего или хрюпающего), но этому должен предшествовать тактичный разговор с больным. Решение о выведении больного из палаты должно исходить от врача, и именно врач должен сам поставить о нем в известность больного. Чтобы создать больному, лежащему в коридоре, наиболее удобные условия, необходимо к койке приставить тумбочку и отгородить койку ширмой. Палаты должны быть светлыми. Стены следует окрашивать светлой краской, позволяющей производить влажную уборку. Радиаторы также должны быть окрашены (еще лучше, когда они встроены в стену). Гигиеничнее всего для палат и коридоров полы, покрытые пластиком или линолеумом. В подсобных помещениях лучшим материалом для пола и стен является кафель. вся мебель в отделении должна быть рациональной, отвечать, прежде всего, своему назначению; легкой, простой и удобной для мытья. Наилучший материал для больничной мебели и покрытий – современная синтетика, легкий гладкий металл или лакированное дерево. Ковры можно расстилать только в комнате отдыха и при условии ежедневной чистки их пылесосом. Немного растений в горшках может быть расставлено в коридорах и в комнате отдыха. Заметим, что современный интерьер лечебного учреждения ассоциируется с гладким блестящим полом, свободными светлыми стенами, окрашенными в теплые тона, и обилием света. Койки в палате ставят так, чтобы к больному можно было подойти со всех сторон. Между койками располагают тумбочки (столики). В вечернее время палаты должны быть освещены матовым электрическим светом. Помимо общих светильников весьма желательны небольшие настольные лампы на каждой тумбочке. В ночное время персонал, входя в палату, включает специальный ночной свет. Лучше всего для этого подходят лампы темного (синего) стекла, вмонтированные в панель у входной двери с тем, чтобы освещать проход. Следует учитывать, что ночью чувствительность обостряется, усиливаются тревожные ощущения, и даже небольшой отблеск может причинить больному беспокойство, нарушить его сон. Очень важным элементом палаты является сигнализация: от каждой койки на сестринский пост или в коридор проведен сигнал – звуковой (тихий зуммер) или световой (красная лампочка), по которому на зов больного тотчас же должен явиться персонал.

Воздушная среда палаты - температура, влажность, движение воздуха – важный элемент режима. Хорошая вентиляция – непременное условие содержания палаты. В помещениях хирургических стационаров, больниц, построенных по современным типовым проектам, устраивается кондиционирование воздуха и механическая приточно-вытяжная вентиляция. Подачу приточного воздуха следует осуществлять сверху вниз, причем расположение приточных и вытяжных отверстий должно быть таким, чтобы исключалась возможность образования в помещении невентилируемых мест. Подаваемый в помещения хирургического стационара приточный воздух необходимо подвергать обработке (механическая очистка на фильтрах, подогрев или охлаждение, увлажнение или подсушивание) и





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Реанимация и интенсивная терапия занимают важное место в любой области медицины. Это самостоятельное отделение, в котором осуществляется комплекс мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно важных функций организма у лиц, находящихся в критическом состоянии.

Контингент хирургических больных ОРИТ очень сложен, это самые тяжелые больные хирургического стационара.

Среди них выделяются три группы больных, требующих лечения и ухода в этом отделении:

1. Больные после сложных и травматических операций, которым требуется проведение интенсивной терапии.
2. Больные с послеоперационными осложнениями, создающими угрозу жизни, а такие больные с тяжелыми травматическими повреждениями в критическом состоянии.
3. Больные, требующие интенсивной предоперационной подготовки – восполнения ВЭБ, коррекции метаболических нарушений.

Подавляющему большинству этих больных производится длительные инфузии путем катетеризации подключичных вен; некоторые нуждаются в ИВЛ на протяжении нескольких суток. Кроме того, у части больных во время операции проводилось дренирование плевральной и брюшной полости и в ОРИТ нужно осуществлять уход за дренажами.

Конечный успех реанимационной помощи больным ОРИТ определяется качеством лечебно-диагностической работы врачебной бригады в сочетании с профессиональным уходом и наблюдением за ними со стороны среднего медицинского персонала.

Реанимационные мероприятия состоят из двух частей: интенсивного наблюдения за больными и лечебно-профилактических мероприятий.

**Клиническая гигиена окружающей больного среды в ОРИТ.** В связи с высокой опасностью развития вторичной инфекции у больных ОРИТ отделка помещения и весь режим ОРИТ приближаются к режиму оперблока.

**Режим** – это определенный порядок, установленный в лечебном учреждении для создания оптимальных условий выздоровления больных. Выполнение режима обязательно как для больных, так и для персонала.

**Режим ОРИТ** складывается из следующих элементов: эпидемиологического и санитарного режима, личной гигиены больного и персонала, лечебно-охранительного режима.

**Лечебно-охранительный режим ОРИТ.** Лечебно-охранительный режим – это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического покоя больного, находящегося в ОРИТ. Сюда входят:

1. создание уютной обстановки в отделении ОРИТ (чисто, тихо, тепло);
2. бережная транспортировка больного на каталке из операционной в сопровождении врача-анестезиолога в ОРИТ;
3. передача больного дежурному реаниматологу и дежурной медсестре ОРИТ;
4. перекладывание больного на функциональную кровать в положении лежа на боку или на спине без подушки с головой, повернутой на бок (после общего обезболивания);
5. обеспечение постоянного наблюдения за больным до полного пробуждения, восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов (существует угроза западения языка);
6. достаточное обезболивание больного;
7. внимательное, заботливое отношение к больному со стороны медперсонала (во время пробуждения сказать несколько добрых слов, укрыть одеялом, разговаривать негромко);
8. своевременное оказание лечебной помощи больному и уход за ним в зависимости от дефицита самоухода;
9. ежедневное посещение хирургом больного, которого он оперировал (поддержание в нем уверенности в благоприятном исходе лечения);
10. участливое отношение к родственникам больного со стороны медперсонала ОРИТ ( успокоить их, убедить в том, что их близкий обеспечен высококвалифицированной помощью и уходом).

Особенности клинической гигиены медперсонала ОРИТ. Весь персонал ОРИТ носит спецодежду определенного цвета, желательно брючные костюмы (халат и шапочку меняют ежедневно). На ногах медперсонала должна быть сменная обувь (лучше кожаная или кожзаменитель), которая дезинфицируется после каждой смены. Ношение медицинских шапочек и масок обязательно (маску меняют каждые 4-5 ч). Выполнение всех манипуляций медперсоналом проводится в перчатках. Выходя в другое отделение, медперсонал ОРИТ должен переодеваться в другую больнич-





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ГИГИЕНА БОЛЬНОГО

**Гигиена личных вещей больного.** В целом, всю совокупность личных вещей больного желательно свести к разумному минимуму. При этом следует использовать, по возможности, новые одноразовые предметы: свежие газеты и журналы вместо старых книг, бумажные салфетки вместо матерчатых платков и т. п.

Личные вещи больного хранятся в прикроватной тумбочке с закрытой дверцей.

Постоянно используемые личные вещи больного (очки, расчески, предметы для бритья, зубные щетки в футляре, зубная паста, мыло в мыльнице, слуховой аппарат у глухих, наручные часы, ножницы и другие предметы ухода за ногтями и т. п.) подлежат периодической дезинфекции.

В случае необходимости больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т. д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют.

После выписки больного предметы индивидуального ухода подвергают обеззараживанию по одной из принятых методик.

Абсолютно запрещено ношение больными в хирургическом отделении одежды и обуви из шерсти и войлока, использование матерчатых предметов, которые невозможно стирать или дезинфицировать. Ежедневный контроль за состоянием личных вещей больного возлагается на палатных медсестер и старшую медсестру отделения.

Средним медперсоналом отделения проводится строгий контроль передач продуктов и предметов, установленных администрацией больницы для хирургических больных. В каждом отделении имеется список больных с указанием номера диетического стола для каждого больного. В местах отдыха больных, в приемном отделении и в местах приема передач вывешивают инструкции с указанием продуктов, разрешенных для передач больным. Запрещена передача старых книг и предметов длительного пользования, не подлежащих дезинфекции. в каждом отделении следует организовать надлежащие условия хранения продуктов.

Ограничиваются передача высококалорийных и скоропортящихся продуктов, которые принимают в новых полиэтиленовых пакетах, в пределах одно-, двухдневной потребности с целью предупреждения переедания и пищевых отравлений; абсолютно исключаются алкогольные напитки, пряные и острые блюда и продукты. Категорически запрещается хранить скоропортящиеся продукты в тумбочках.

Медицинская сестра должна систематически проверять тумбочки и холодильники, в которых хранятся продукты больных.

Целесообразно сократить до разумного минимума контакты хирургических больных с родственниками, в том числе из-за угрозы внесения инфекции в хирургический стационар и выноса госпитальной инфекции за его пределы.

Для защиты пациентов и возможных посетителей следует разработать и применять на практике определенные правила. Доступ посетителей желательно осуществлять через один контролируемый вход.

Посетителям следует разъяснить степень риска, которому они подвергают пациентов, особенно в период зарегистрированных в данной местности эпидемий, например гриппа. В период пика острых респираторных заболеваний посещения больных в отделении резко ограничивают вплоть до полного запрещения.

Посещение взрослых больных детьми запрещено.

Непосредственно в палату разрешен допуск посетителей только к больным с постельным режимом. Полностью исключено посещение больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

В целях профилактики внутрибольничной инфекции в стационарах используют коврики. Они служат барьером для проникновения и распространения инфекции, проникающей извне. Используются коврики двух видов: резиновые и поролоновые. Их обработка осуществляется:

- 1) 0,75% раствором хлорамана;
- 2) замачивание в 0,75% растворе хлорамина, 2% растворе дихлора-1 или 0,5% хлордезина с добавлением 0,5 г моющего средства на 30 мин;
- 3) 3% раствором перекиси водорода с 0,5 г моющего средства.

Посетителей обязательно предупреждают о необходимости соблюдения мер предосторожности, таких как мытье рук или ношение защитной одежды, особенно при посещении пациентов, имеющих заболевание инфекционной природы или повышенную восприимчивость к инфекции.

Посетители хирургических отделений при входе должны сменить обувь и надеть специальные халаты или накидки.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

**Подготовка больных к эндоскопическим исследованиям.** В хирургической клинике одним из самых распространенных инструментальных методов диагностики являются эндоскопические исследования, заключающиеся в визуальном осмотре (иногда сопровождающимися манипуляциями) полых внутренних органов и полостей с помощью инструментов, снабженных оптической системой.

**Ларингоскопию** (осмотр гортани) проводят чаще всего анестезиолог. Эта манипуляция является одним из первых этапов эндотрахеального наркоза (трубку в трахею вводят под контролем ларингоскопа). Ларингоскопией пользуются и оториноларингологи. Обычно этим методом владеют хирурги и сестры - анестезистки.

**Бронхоскопия** производится с диагностической (в этих случаях через бронхоскоп осматривается слизистая трахеобронхиального дерева вплоть до субсегментарных бронхов, а также проводится биопсия) и лечебной (эвакуация секрета из трахеобронхиального дерева, туалет его, введение лекарственных веществ, удаление инородных тел) целями.

**Эзофагоскопию** (осмотр пищевода), **гастроскопию** (осмотр желудка) и **дуоденоскопию** (осмотр двенадцатиперстной кишки) производят для верификации диагноза визуально или с помощью биопсии, а также с целью лечебных процедур (удаление инородных тел, остановка кровотечения, удаление полипов, установка эндопротезов). Поскольку в клинической практике чаще всего проводится одновременно осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки гибким фиброскопом, обычно пользуются термином **фиброзоэзофагогастродуоденоскопия** (ФЭГДС).

При выполнении **ректороманоскопии** жестким или гибким эндоскопом производится осмотр прямой и сигмовидной кишки с диагностической и лечебной целями (для удаления полипов, коагуляции язв, трещин, выполнения биопсии и т. д.).

Для тотального осмотра толстой кишки проводится **колоноскопия** гибким фиброскопом.

В урологической практике рутинным исследованием является **цистоскопия** (осмотр слизистой уретры и мочевого пузыря) с диагностической и лечебной целями. В гинекологических отделениях производится эндоскопический осмотр полости матки – **гистероскопия**. При патологии крупных суставов одним из лечебно-диагностических методов является **артроскопия**. Перед ректо – и цистоскопией можно разрешить больному выпить стакан сладкого чая. Цистоскопия часто не требует иной подготовки, кроме хорошего очищения кишечника. К ректоскопии больного готовят несколько дней: ограничивают углеводы в пище, ставят ежедневно очистительные клизмы утром, вечером и, кроме того, рано утром в день исследования, на которое отправляют больного на каталке. Для полноценного и более комфортного для пациента проведения колоноскопии требуется адекватная подготовка толстой кишки. Не рекомендуется проводить подготовку больных перед колоноскопией с применением вазелинового масла в качестве слабительного, поскольку масло, попадая на оптику эндоскопа, вызывает ее замутнение и ухудшает качество осмотра. Следует помнить, что после цисто – и ректоскопии больные могут испытывать боли, неприятные ощущения при мочеиспускании и дефекации, при этом иногда отмечается примесь крови в моче и кале. В этих случаях болевые ощущения хорошо снимает свечи с анестезином, белладонной.

Несколько отличается **подготовка больных к экстренным эндоскопическим исследованиям**. Так, при проведении экстренной ФЭГДС по поводу гастродуodenального кровотечения требуется максимально быстрое освобождение желудка от крови, пищевых масс. С этой целью производят установку толстого желудочного зонда и выполняют промывание желудка ледяной водой (средство гемостаза) до полного удаления жидкой крови и ее сгустков.

Воду в зонд вводят шприцем Жане, эвакуация воды из желудка происходит самотеком или при создании незначительного разряжения с помощью шприца.

Для эффективной подготовки желудка в данной ситуации требуется не менее 5-10 литров воды.

Для проведения экстренной колоноскопии слабительные не используют по причине длительности ожидания эффекта. После их приема для подготовки толстой кишки используют несколько очистительных клизм, а при их неэффективности – сифонную клизму до отхождения каловых масс и газов в значительном количестве.

**Подготовка больных к рентгенологическим исследованиям.** Часто используемым методом исследования в хирургической клинике является выполнение рентгеноскопии или рентгенографии. Тщательная подготовка нужна для рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта. В течение 2-3 дней надо исключить из пищи черный хлеб, каши, овощи, фрукты, молоко, чтобы ограничить образование шлаков и газов; с этой же целью больным, страдающим задержкой кишечных газов, следует назначать активированный уголь или эспумизан, делать клизмы из ромашки утром и вечером, давать пить теплый настой ромашки (1 столовая ложка ромашки на стакан горячей воды)





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ПИТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Питание является важнейшей физиологической потребностью организма. Оно необходимо для построения и непрерывного обновления клеток и тканей; поступления энергии, необходимой для восполнения энергетических затрат организма; поступления веществ, из которых в организме образуются ферменты, гормоны, другие регуляторы обменных процессов и жизнедеятельности. Обмен веществ, функция и структура всех клеток, тканей и органов находятся в зависимости от характера питания.

**Питание** – это сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ.

**Лечебное питание** – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной или профилактической целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний, достаточных для энергообеспечения организма.

**Основные принципы лечебного питания.** Одним из основных принципов лечебного питания, как и питания вообще, является 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 человека пропорциях.

Белки, содержащиеся в пищевом рационе, играют огромную роль в поддержании нормальной жизнедеятельности организма. Они являются строительным материалом для органов и тканей, осуществляют катализическую (будучи компонентом всех ферментов), а также транспортную функцию, являясь, в частности, переносчиком липидов и углеводов в виде липопротеидов и гликопротеидов; служат исходным материалом для синтеза гормонов, обеспечивают защитные реакции организма, участвуя в выработке антител. При отрицательном азотистом балансе (нарушении равновесия между белковым анаболизмом и катаболизмом) страдают в первую очередь ткани с высокой скоростью обновления белков (кишечник, кроветворные органы), происходит ослабление сопротивляемости организма.

Жиры служат главным образом источником энергии, хотя выполняют в организме и другие функции (например, участие в процессе всасывания жирорастворимых витаминов). Их доля в пищевом рационе должна составлять 30-35% от общей энергетической ценности (в среднем 70-105 г в сутки). К сожалению, у многих людей уровень их потребления составляет 40-45%. Это увеличение происходит за счет так называемых «скрытых жиров» \* - углеводов, содержащихся, например, в кондитерских изделиях и являющихся в дальнейшем источником образования жиров. Избыток тугоплавких животных жиров может способствовать развитию сердечно - сосудистых заболеваний, поэтому не менее  $\frac{1}{3}$  суточного потребления должны составлять жиры растительного происхождения. В рацион должны обязательно входить полиненасыщенные жирные кислоты, необходимые для синтеза многих биологически активных соединений (простагландинов и др.).

Углеводы – важнейший источник энергии, их содержание в пищевом рационе должно составлять в среднем 400-500 г. Их минимальное потребление не должно быть ниже 50-60 г в сутки во избежание усиления окисления эндогенных липидов (с накоплением кетоновых тел) и расщепления тканевых (в первую очередь мышечной) белков. Большую часть суточного рациона углеводов (300-400г) целесообразно принимать в виде продуктов, содержащих крахмал, меньшую часть (50-100г) – в видеmono- и дисахаридов (глюкозы, сахарозы). Избыточное потребление углеводов усиливает липогенез и способствует развитию ожирения. Уменьшение содержания углеводов в пище является обязательной составной частью лечения сахарного диабета.

Помимо белков, жиров и углеводов, в состав пищевого рациона должны входить питьевая вода (в среднем около 1,5л в сутки), витамины, микроэлементы. При определении состава пищевого рациона необходимо также учитывать его энергетическую ценность и ее соответствие энергетическим затратам организма – расходу энергии на поддержание основного обмена организма (энергозатрат в условиях полного покоя) и различных физических усилий человека. При этом принимают во внимание, что 1г белков, жиров и углеводов пищи с учетом их усвоемости дает организму соответственно  $17,2 \cdot 10^3$ ,  $38,9 \cdot 10^3$ ,  $17,2 \cdot 10^3$  Дж (4,1, 9,3 и 4,1 ккал) энергии.

**Режим питания.** Наиболее оптимальным для здорового человека считается, как известно, четырехразовый режим питания, при котором завтрак включает в себя 25% всего пищевого рациона, второй завтрак – 15%, обед – 35%, ужин – 25%. При некоторых заболеваниях режим питания требует радикального изменения.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.

В современной практической медицине нет ни одной области, в которой с успехом не использовались бы лекарственные средства. Медикаментозная терапия служит важнейшей составной частью лечебного процесса. Различают следующие способы введения лекарственных средств:

1. Наружный способ;
2. Энтеральный способ;
3. Ингаляционный способ – через дыхательные пути;
4. Парентеральный способ.

### Техника проведения инъекций.

1. Вскрыть упаковку одноразового шприца, пинцетом в правой руке взять иглу за муфту, насадить ее на шприц.
2. Проверить проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту указательным пальцем; положить подготовленный шприц в стерильный лоток.
3. Перед вскрытием ампулы или флакона внимательно прочитать название лекарства, чтобы убедиться в его соответствии назначению врача, уточнить дозировку и срок годности.
4. Слегка постучать пальцем по шейке ампулы, чтобы весь раствор оказался в широкой части ампулы.
5. Надпилить пилочкой ампулу в области ее шейки и обработать ее ватным шариком, смоченным в 70% растворе спирта; при наборе раствора из флакона удалить с него нестерильным пинцетом алюминиевую крышку и протереть стерильным ватным шариком со спиртом резиновую пробку.
6. Ватным шариком, которым протирали ампулу, отломить верхний (узкий) конец ампулы. Для вскрытия ампулы необходимо пользоваться ватным шариком во избежание ранения осколками стекла.
7. Взять ампулу в левую руку, зажав ее большим, указательным и средним пальцами, а в правую руку – шприц.
8. Осторожно ввести в ампулу иглу, надетую на шприц, и, оттягивая, постепенно набрать в шприц нужное количество содержимого ампулы, по мере надобности наклоняя ее;
9. При наборе раствора из флакона проколоть иглой резиновую пробку, надеть иглу с флаконом на подыгольный конус шприца, поднять флакон вверх дном и набрать в шприц нужное количество содержимого, отсоединить флакон, перед инъекцией сменить иглу.
10. Удалить пузырьки воздуха, имеющиеся в шприце: шприц повернуть иглой вверх и, держа его вертикально на уровне глаз, надавливанием на поршень выпустить воздух и первую каплю лекарственного вещества.

### Внутрикожная инъекция

1. Набрать в шприц назначенное количество лекарственного раствора.
2. Попросить больного занять удобное положение (сесть или лечь) и освободить место инъекции от одежды.
3. Обработать место инъекции стерильным ватным шариком, смоченным в 70% растворе спирта, совершая движения в одном направлении сверху вниз; подождать, пока высохнет кожа в месте инъекции.
4. Левой рукой снаружи обхватить предплечье больного и фиксировать кожу (не натягивать!).
5. Правой рукой вести в кожу иглу срезом вверх в направлении снизу вверх под углом 15° к кожной поверхности на длину только среза иглы таким образом, чтобы срез просвечивал через кожу.
6. Не вынимая иглы, чуть приподняв кожу срезом иглы (образовав «палатку»), перенести левую руку на поршень шприца и, надавливая на поршень, ввести лекарственное вещество.
7. Извлечь иглу быстрым движением.
8. Сложить использованные шприц, иглы в лоток; использованные ватные шарики поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### Подкожные инъекции

вымойте руки (наденьте перчатки);  
обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции;  
третий шарик со спиртом подложите под 5-й палец левой руки;  
взьмите в правую руку шприц (2-м пальцем правой руки держите канюлю иглы, 5-м пальцем – поршень шприца, 3-4-м пальцами держите цилиндр снизу, а 1-м пальцем – сверху);  
соберите левой рукой кожу в складку треугольной формы, основанием вниз;  
введите иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 1-2 см (2/3 длины иглы), придерживайте указа-





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ

**Пролежни** (гангрена мягких тканей - кожи, подкожной клетчатки и др.) образуются в результате нервно-трофических изменений или нарушений кровообращения у ослабленных и тяжелых больных (особенно с повреждениями спинного мозга) на тех участках тела, которые подвержены длительному сдавливанию чаще всего из-за вынужденного длительного неподвижного нахождения больного в постели.

В значительном числе случаев пролежни можно рассматривать как осложнение недостаточно качественного ухода.

При длительном положении больного на спине, в первую очередь сдавливаются мягкие ткани в области крестца, пяток, затылка, где чаще всего и образуются пролежни. Нередко пролежни появляются и в других местах, где костные выступы расположены непосредственно под кожей (лопатки, большие вертелы бедренных костей и др.).

Другими предрасполагающими факторами развития пролежней являются: ожирение или истощение больного; диспротеинемия; анемия; сухость кожи с образованием трещин; повышенная потливость; недержание кала и мочи; любые факторы, вызывающие повышенную влажность постели; любые формы нарушения периферического кровообращения.

Помимо прочего пролежни опасны тем, что являются входными воротами для инфекции, что может привести к развитию раневой инфекции и сепсиса.

Образование пролежней происходит постепенно. Больной может предъявить жалобы на боли в поясничной области. Визуально вначале на поверхности кожи в местах сдавливания тканей появляется покраснение, цианоз, развивается отек кожи вследствие застоя венозной крови (*стадия ишемии*). Это обратимая стадия развития пролежня, когда устранение сдавливающего фактора и минимальный объем лечебного пособия нормализует изменения кожных покровов. Затем, вследствие грубых нарушений микроциркуляции преимущественно на уровне артериол начинает отслаиваться эпидермис (*мацерация*), некротизируется кожа, несмотря на ее достаточно высокую устойчивость к гипоксии (*стадия поверхностного некроза*). Позднее некротизируются жировая клетчатка, фасции с последующим отделением некротических тканей и образованием глубокой раны.

В ряде случаев на дне раны определяется участок обнаженной кости. При присоединении раневой инфекции рана становится гнойной (*стадия гнойного расплавления*).

Медицинская сестра должна ежедневно осматривать больного, при выявлении малейших признаков формирования пролежней сообщить врачу.

Во многих клиниках широкое распространение получили одноразовые предметы ухода за больными и средства ухода за кожей. Хорошо обезжирают кожу, разбавленная 1:1 смесь 40% этилового спирта с шампунем. При обтирании обращают внимание на складки кожи, особенно у тучных людей. Больных с нарушением функций органов малого таза, а также длительное время находящимся на постельном режиме следует подмывать не реже двух раз в день.

**Профилактика пролежней.** С целью профилактики пролежней необходимо:

- исключить наличие на постели крошек, складок; длительный контакт кожи с мокрым бельем;
- постельное белье должно быть без рубцов, заплаток, пуговиц;
- область спины, крестца 1-2 раза в день следует протирать камфорным или салициловым спиртом;
- необходимо подкладывать под костные выступы резиновые круги, обернутые негрубой тканью, ватно-марлевые и поролоновые подушки, валики и др. При длительном нахождении больного в кресле-каталке или инвалидной коляске поролоновые или другие прокладки подкладывают под ягодицы, спину и стопы больного. Лучше всего использовать функциональные кровати, и специальные поролоновые или противопролежневые матрацы, наполненные водой, воздухом или гелием;
- несколько раз в день (желательно каждые 2 часа) необходимо переворачивать больного, менять положение тела; для перемены положения тела больного нельзя сдвигать – только приподнимать, перекатывать и т. д.;
- при поворотах больного кожные покровы в местах возможного формирования пролежней нетравматично маскируют, при мытье кожи исключают трение кусковым мылом; используют только жидкое мыло; если кожа сухая ее смазывают защитными кремами или мазями;
- при недержании мочи и кала использовать эффективные моче- и калоприемники, впитывающие прокладки, простыни, памперсы и др.;
- обучать родственников правилам ухода за больным, обучать пациента технике изменения положения тела, в





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Предоперационный период – это время от момента поступления больного в хирургический стационар до начала проведения оперативного вмешательства. В течение предоперационной подготовки проводятся лечебно-диагностические мероприятия для уточнения основного диагноза и определения оптимальных сроков и объема операции, для выявления и коррекции сопутствующей патологии, подготовки жизненно важных систем и органов к предстоящему вмешательству. Таким образом, комплекс лечебных мероприятий, проводимых перед операцией для перевода основного заболевания в наиболее благоприятную фазу, лечения сопутствующих заболеваний, а также подготовки жизненно важных органов и систем с целью профилактики послеоперационных осложнений и обеспечения гладкого течения послеоперационного периода называется подготовкой больных к операции. Основными задачами предоперационной подготовки являются снижение операционного риска и создание объективных предпосылок для благоприятного исхода оперативного вмешательства.

Предоперационная подготовка проводится всем больным. В минимальном объеме и в кратчайшие сроки предоперационная подготовка проводится лишь больным, оперируемым по экстренным и неотложным показаниям.

**Перед плановой хирургической операцией проводится предоперационная подготовка, целями которой являются:**

- психологическая подготовка больного;
- подготовка органов и систем с целью создания компенсаторных резервов на время операции и послеоперационного периода, коррекция сопутствующей патологии;
- специфическая подготовка к конкретному виду оперативного вмешательства;
- непосредственная предоперационная подготовка, включающая гигиенические мероприятия, подготовку операционного поля.

Выздоровление больного зависит не только от правильно выполненной операции, но и в неменьшей степени от тщательно проведенной предоперационной подготовки. Медперсонал хирургической клиники не только должен знать, как выполнить назначение врача, но и понимать, почему сделано это назначение, в чем заключается позитивное действие процедуры и, что не менее важно, каковы потенциальные негативные последствия невыполнения данного назначения. Врач, назначая ту или иную схему предоперационной подготовки, должен разъяснить среднему и младшему персоналу цели и особенности подготовки к операции каждого конкретного больного и контролировать правильность выполнения назначений.

**Психоэмоциональная подготовка больных к операции.** Операция по своей сути является фактом агрессии по отношению к организму больного. Именно так подсознательно больной воспринимает предстоящее оперативное вмешательство, при этом в полной мере осознавая необходимость и потенциальную пользу операции. Поэтому тревога и страх больных являются закономерными спутниками любой операции. Травмирование психики хирургических больных начинается уже с поликлиники, когда врач рекомендует оперативное лечение, и продолжается в стационаре во время предоперационного обследования и подготовки к ней. Предоперационный период – психологически особенно тяжелый для больного. Для этого периода характерны чувство неопределенности, неуверенности, беспомощности, страх перед наркозом, операцией и ее последствиями. Конечно, все люди способны это преодолевать, но практически каждый пациент нуждается в это время в особом внимании и поддержке.

В этой связи особое значение приобретает чуткое, внимательное отношение к больному со стороны лечащего врача, среднего и младшего медперсонала. Авторитет врача, высокий профессионализм медицинских сестер способствует установлению доверительных отношений с больным для создания атмосферы спокойствия и уверенности в благополучном исходе операции. Важно проследить, чтобы во время беседы с больным и в документах, доступных для больного (направлении, заключениях исследований и т.д.), не встречались такие пугающие слова, как «рак», «саркома», «злокачественная опухоль» и др. Недопустимо в присутствии больного делать замечания персоналу о неправильном выполнении назначений, тем самым причиняя ущерб авторитету врача или медсестры. При принятом решении об операции врач должен убедительно объяснить больному целесообразность ее выполнения. Недопустимо комментировать состояние больного и высказывать собственное суждение о предстоящей операции. В случае настойчивых расспросов медсестры больным или его родственниками следует тактично переадресовать все вопросы к лечащему или дежурному врачу. При правильно построенной беседе врач укрепляет свой авторитет и больной доверяет ему свое здоровье. Отдельным этапом при работе с пациентом в предоперационный период является помочь в преодолении страха перед болью.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Уход за больными после операций на брюшной полости.** Операция в хирургии – самое важное событие для больного. Все, что связано с оперативным вмешательством и влиянием обезболивания, принято обозначать как операционный стресс, а его последствия – как послеоперационное состояние или как послеоперационная болезнь. Такой стресс не только вызывается непосредственно операционной травмой, но и возникает в результате комплекса различных влияний: страха, возбуждения, боли, воздействия наркотических веществ, травмы, образования ран, воздержания от приема пищи, необходимость соблюдать постельный режим и др.

Послеоперационный период - промежуток времени от окончания операции до выздоровления больного или перевода его на инвалидность. Значение послеоперационного периода достаточно велико. Именно в это время больной нуждается в максимальном внимании и уходе. Основная цель послеоперационного периода – способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждение, своевременное выявление и борьба с возможными осложнениями.

При неосложненном послеоперационном периоде в организме происходит ряд функциональных изменений основных органов и систем. Это связано с воздействием таких факторов, как психологический стресс, боли в области послеоперационной раны, наличие некрозов и травмированных тканей в зоне операции, вынужденное положение пациента, переохлаждение, нарушение характера питания. При нормальном течении послеоперационного периода реактивные изменения, возникающие в организме, обычно выражены умеренно и делятся около 2-3 дней.

Основными задачами послеоперационного периода являются: коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния органов и систем, проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.

Организация послеоперационного ухода после плановых операций требует постоянного и квалифицированного наблюдения за больным.

В основе такого наблюдения лежит ранее выявление симптомов, свидетельствующих о неблагоприятном течении послеоперационного периода или о неадекватных ответных реакциях больного на лечебные действия, что позволяет предупредить возникновение различных осложнений.

Особое внимание обращают на функционально выгодное положение больного. Необходимо максимально расслабить мышцы в области послеоперационной раны. После операций на органах брюшной полости для этого используют полусидячее положение: приподнятый головной конец кровати. Ношение бандажа также уменьшает боли в ране, особенно при движении и кашле.

Уход за телом больного включает также протирание кожи 1-2 раза в день раствором камфорного спирта, при необходимости складки кожи присыпают тальком или детской присыпкой. Важное значение имеет ранняя активизация больного: изменение положения тела в постели, выполнение пассивных и активных движений.

Уход за областью оперативного вмешательства включает контроль за правильным положением асептической повязки сверху раны, перевязки с соблюдением строгой асептики. Под перевязкой понимают лечебно-диагностическую процедуру, заключающуюся в снятии старой повязки, выполнении профилактических, диагностических и лечебных манипуляций в ране и наложении новой повязки.

Общий уход за больными в раннем послеоперационном периоде включает: контроль состояния больного; введение лекарственных препаратов согласно листу назначений; применение мочеприемников и судна для больных с постельным режимом; контроль отделяемого по дренажам; уход за катетером для отведения мочи; кормление, транспортировка больных; уход за кожными покровами, смена нательного и постельного белья; профилактика возникновения пролежней (изменение положения больного, обработка камфорным спиртом мест наиболее частого возникновения пролежней); контроль состояния операционной раны: обильное промокание повязки кровью, расхождение краев раны, выходжение органов брюшной полости в рану (эвентрация), обильное промокание повязки гноем, кишечным содержимым; контроль отделяемого по дренажам; обработка послеоперационных ран, асептические, мазевые повязки; в зависимости от характера оперативного вмешательства выполнение тех или иных манипуляций согласно назначению врача – уход за колостомой, активизация больного, зондовое питание и др.

Следует учитывать следующие деонтологические и психологические аспекты при уходе за пожилыми больными. При разговоре с больными часто отмечаются нарушения памяти с сохранением долговременной и снижением кратковременной памяти, снижение слуха, зрения, что вызывает не только трудности при опросе больных, но и необходимость контроля времени приема лекарственных препаратов.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Уход за больными с заболеваниями и повреждениями магистральных сосудов.** В основе острого ишемического синдрома лежит либо ранее предшествующее травматическое повреждение конечности, либо сердечное заболевание. Отрыв, миграции и остановка этих тромбов в местах физиологических сужений артерий служит причиной острой артериальной недостаточности. Гангрена – одна из форм омертвения тканей, вызванная нарушением кровообращения. При первых признаках гангрены необходим покой как для больного в целом (постельный режим), так и для пораженного органа (иммобилизация). Показан обильный прием (1,5-2 л) теплой, витаминизированной жидкости. На пораженные ткани накладывается асептическая сухая, либо спиртовая или антисептическая влажно-высыхающая повязка. Исключительно важное значение имеет уход за больным, перенесшим ампутацию конечности. После операции такой больной должен находиться на кровати со щитом под матрасом. На кулью, кроме повязки в обязательном порядке должна быть наложена задняя гипсовая лонгета. Под лонгету подкладывают вату и прибинтовывают. Подкладывать под кулью нижней конечности подушки и валики не следует, так как это может привести к образованию сгибательных контрактур. Первую перевязку производят через сутки после операции. При перевязке удаляют промокшую кровью повязку, контролируют работу дренажа. Если отделяемого практически нет, то дренаж удаляют, если же он функционирует, то его оставляют еще на сутки. На область швов следует наложить повязку, смоченную этиловым спиртом. Кулью конечности снова иммобилизируют либо старой, либо новой лонгетой. Дальнейшие перевязки производят по показаниям. С 3-4-го дня после операции назначают физиотерапевтические процедуры (УВЧ). С 5-6-го дня больного необходимо научить делать фантомно-импульсивную гимнастику, сначала очень осторожно, а по мере уменьшения болей более интенсивно. При этом больного обучают мысленно сгибать и разгибать конечность в отсутствующем суставе. Сокращение мышц улучшает кровообращение культи и предупреждает ее чрезмерную атрофию. После снятия швов для подготовки к предстоящему протезированию необходимо назначить усиление занятия лечебной и фантомно-импульсной гимнастикой, массаж, физиотерапевтические процедуры. Тугое бинтование культи, как это делалось ранее, не рекомендуется. Протезирование больных должно выполняться как можно раньше.

Хронический ишемический синдром обусловлен сужением артериального русла при атеросклеротическом поражении интимы крупных сосудов, или воспалительных процессов в стенках как крупных, так и мелких артерий (облитерирующий тромбангиит). У таких больных часто присутствуют факторы риска как – гипертония, диабет, курение, ожирение. Болезнь часто развивается постепенно. Ее излюбленной локализацией является, к сожалению, не только сосуды конечностей, но и коронарные, сонные, а также висцеральные артерии. Жалобы больных связаны, прежде всего, с бассейном кровоснабжения пораженной артерии и характерны наличием различного рода расстройств, возникающих при повышенных функциональных нагрузках на пораженный орган.

Особенность сестринского ухода за больными с хроническим ишемическим синдромом состоит, прежде всего, в переводе влажной гангрены в сухую. Сухая гангрена характеризуется высыханием омертвевших тканей (мумифицированием) без присоединения инфекции. Симптомы общей интоксикации при этом отсутствуют. Принципы лечебных повязок такие же, как и при влажной гангрене. Однако же до перевязки целесообразна ножная ванна в течение 10-15 мин в слабо концентрированном растворе марганцово-кислого калия при температуре 37-40°C.

Под трофической язвой подразумевают дефект кожи или слизистой оболочки с малой тенденцией к заживлению.

Трофические язвы при хроническом ишемическом синдроме характеризуются необычайной болезненностью. Больной при этом зачастую принимает вынужденное положение: сидя, либо лежа, свесив за край кровати больную ногу. Данное положение облегчает болевой синдром, однако приводит к резко выраженному гипостатическому отеку конечности, затрудняющему заживление язв. В этой связи больным следует напоминать о необходимости более частого придания больной ноге горизонтального положения.

Чрезвычайно важным аспектом ухода за больными, оперированными по поводу хронического ишемического синдрома, является профилактика у них пролежней пятиточных областей и крестца. Вполне понятно, что это связано с резко сниженным кровоснабжением тканей, в отличие от больных с другой патологией. Поэтому даже кратковременное сдавление мягких тканей покрывающих выступы костей указанных локализаций нарушает их питание. Если предполагается, что больной будет находиться в послеоперационном периоде в состоянии глубокого медикаментозного сна свыше трех часов под таз необходимо подложить слабо надутый резиновый круг, а на пятки – ватно-марлевые повязки.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ОТВЕРСТИЯ ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА И ОПЕРАТИВНО НАЛОЖЕННЫЕ СВИЩИ

Дренирование – метод лечения, предусматривающий выделение наружу содержимого полых органов. Зонды, применяемые, для эвакуации содержимого желудочно-кишечного тракта относятся к разновидностям дренажей.

**Основные назначения дренажей.** Дренажи применяются с лечебной или профилактической целью.

*Показания к применению дренажей с лечебной целью:*

1. выведение наружу (эвакуация) содержимого полых органов;
2. промывание полых органов растворами антисептиков;
3. введение антисептических веществ.

*Показания к применению дренажей с профилактической целью:*

1. подведение дренажа к области анастомоза на желудочно-кишечном тракте при неуверенности в надежности швов (страховочный дренаж);
2. декомпрессия просвета органов пищеварительного тракта для снижения внутриполостного давления на сформированные анастомозы (введение зонда в приводящую петлю тонкой кишки после резекции желудка по Бильрот-2 для разгрузки швов культи двенадцатиперстной кишки).

**Назогастральный, орогастральный зонд.** Назогастральный зонд используют для декомпрессии желудка (удаления из его просвета жидкого содержимого и газов) или проведения искусственного питания.

*Показания к декомпрессии желудка:*

1. декомпенсированный стеноз пилоробульбарной зоны язвенной или опухолевой этиологии. Декомпрессия желудка перед операцией позволяет снизить в послеоперационном периоде частоту атонии желудка после его резекции или ваготомии у язвенных больных;
2. анастомазит после резекции желудка;
3. атония культи резецированного желудка;
4. гастростаз после ваготомии;
5. кишечная непроходимость.

*Противопоказания для декомпрессии желудка:*

1. острые нарушения мозгового кровообращения;
2. выраженная легочная недостаточность;
3. тяжелая сердечная недостаточность;
4. стеноз пищевода.

Опорожнение желудка может быть однократным или длительным на протяжении нескольких суток.

Однократная декомпрессия желудка проводится по мере переполнения его содержимым, что проявляется чувством тяжести в эпигастральной области, отрыжкой, срыгиванием. Для этого каждый раз приходится вводить зонд. Поэтому указанный способ используют при необходимости опорожнения желудка не чаще 1-2 раз в день. Так, при стенозе желудка, во время подготовки больного к операции, опорожнение желудка проводят однократно на ночь. Когда возникает необходимость постоянного опорожнения желудка, введенный зонд оставляется в нем на несколько суток. У пациентов с атонией культи желудка или анастомазитом, развившихся после резекции желудка, требуется постоянная декомпрессия желудка. При длительном перерастяжении стенок желудка трудно восстановить его перистальтику, а скапливающееся содержимое поддерживает признаки воспаления в области анастомоза.

Зонд может вводиться через носовой ход или через рот. Через рот зонд вводится для однократного опорожнения желудка или при наличии в нем плотных пищевых масс. Для длительной декомпрессии предпочтительно назогастральное дренирование, поскольку для этого используется более тонкий зонд.

Нахождение зонда в носу менее обременительно для пациента, исключается опасность случайного перекусывания зонда.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

**Виды, симптоматика и диагностика терминальных состояний.** Терминальные состояния возникают у человека в силу различных причин это:

1. финал жизни в глубокой старости;
2. исход неизлечимого заболевания;
3. преждевременная смерть в результате несчастного случая, острого заболевания или осложнения хронической болезни.

Условно выделяют следующие терминальные состояния, которые регистрируются при медленном умирании:

1. преагональное состояние;
2. терминальную паузу;
3. агонию;
4. клиническую смерть;
5. биологическую смерть.

Все этапы умирания, кроме биологической смерти, являются потенциально обратимыми при проведении реанимации и интенсивной терапии.

**Преагональное состояние** характеризуется неуклонным и быстрым нарастанием тяжести состояния больного – угнетением сознания, гемодинамики, дыхания. Длительность преагонального состояния зависит от причины, его вызвавшей:

1. при электрошоке отсутствует;
2. при тяжелой кровопотери продолжается часами;
3. при неизлечимом заболевании продолжается сутками.

Длительное преагональное состояние предельно истощает организм, ведет к полному опустошению энергетических ресурсов.

Преагональное состояние заканчивается **терминальной паузой в дыхании**, во время которой наблюдается:

1. брадикардия (вплоть до временной асистолии);
2. падение АД до 0;
3. адинамия;
4. арефлексия.

Длительность терминальной паузы от нескольких секунд до 2-4 мин.

**Агония** – это последняя вспышка жизнедеятельности организма. При этом возможно:

1. кратковременное просветление сознания;
2. временное усиление работы сердца и дыхания (патологический тип дыхания);
3. временное повышение АД.

Агония часто заканчивается судорожным сокращением мышц с последующим их расслаблением.

Агония – это финальная борьба организма со смертью, в которой организм без помощи из вне всегда проигрывает.

Длительность агонии невелика: она заканчивается остановкой кровообращения и дыхания.

**Клиническая смерть** – следует за агонией и является переходным периодом между жизнью и смертью, обратимым этапом умирания. Он начинается сразу после остановки кровообращения. Длительность клинической смерти определяется толерантностью (устойчивостью) клеток головного мозга к аноксии, что составляет в условиях нормального обмена около 3 мин, по некоторым данным до 4-7 мин. Длительность клинической смерти зависит от:

1. состояния и возраста умершего;
2. вида, условий и продолжительности умирания;
3. степени активности возбуждения во время умирания и т. д.

Чем длиннее и выраженнее агония, тем короче продолжительность клинической смерти. Сокращается этот период:

1. при повышенном обмене веществ;
2. при лихорадочных состояниях;
3. при длительных истощающих заболеваниях.





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ОСНОВЫ РЕАНИМАЦИИ

**Показания к проведению реанимационных мероприятий.** Вопросы о проведении и прекращении реанимационных мероприятий регулируют законодательные акты. Проведение сердечно-легочной реанимации показано во всех случаях внезапной смерти, и только по ходу ее проведения уточняют обстоятельства смерти и противопоказания к реанимации. Исключение составляют:

1. травма, не совместимая с жизнью (отрыв головы, размозжение грудной клетки);
2. наличие явных признаков биологической смерти.

**Противопоказания к проведению реанимационных мероприятий.** Сердечно-легочная реанимация не показана в следующих случаях:

1. если смерть наступила на фоне применения полного комплекса интенсивной терапии, показанной данному больному, и была не внезапной, а связанной с инкурабельным для настоящего уровня развития медицины заболеванием;
2. у больных с хроническими заболеваниями в терминальной стадии, при этом безнадежность и бесперспективность реанимации должны быть заранее зафиксированы в истории болезни; к таким заболеваниям чаще относятся IV стадия злокачественных новообразований, тяжелые формы инсульта, не совместимые с жизнью травмы;
3. если четко установлено, что с момента остановки сердца прошло более 25 мин (при нормальной температуре окружающей среды);
4. если больные заранее зафиксировали свой обоснованный отказ от проведения реанимационных мероприятий в установленном законом порядке.

**Первая помощь при прекращении дыхания и кровообращения.** Прежде, чем приступить к сердечно-легочной реанимации, необходимо определить наличие признаков жизни у пострадавшего следующим образом:

С помощью словесно-контактного обращения убедиться в наличии или отсутствии сознания пострадавшего.

Сердцебиение у пострадавшего проверить по пульсу вначале на лучевых артериях, а затем на сонных.

Наличие дыхания у пострадавшего определить не по движению грудной клетки, а более тонкими методами – по запотеванию зеркальца, поднесенного к носу или по ритмичному отклонению нитки поднесенной к носу.

Оценить зрачок и его реакцию на свет после разведения век пострадавшего.

Если признаки жизни (дыхание и сердцебиение) у пострадавшего отсутствуют, то следует убедиться в том, а не умер ли он «на совсем», то есть проверить, нет ли у него признаков биологической смерти (трупных пятен и трупного окоченения).

Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, по возможности следует позвать на помощь – закричать: «Помогите!» или воспользоваться средствами связи (мобильным телефоном). После этого приступить к сердечно-легочной реанимации пострадавшего: к ИВЛ и закрытому массажу сердца, уложив его на твердую поверхность и освободить грудную клетку от стесняющей одежды (при внезапной остановке сердца эффективным может быть перикардиальный удар).

**Техника сердечно-легочной реанимации.** Техника сердечно-легочной реанимации состоит из следующих компонентов:

«A – airway» - обеспечение проходимости дыхательных путей.

«B – breathing» - искусственное дыхание (ИВЛ).

«C – circulation» - искусственное кровообращение (закрытый массаж сердца).

Перед выполнением тройного приема у пострадавшего осматривается полость рта и при необходимости производится ее туалет (удаление рвотных масс, инородных тел, сгустков крови, сломанных зубов) – во внебольничных условиях это пальцем, обернутым носовым платком.

**Тройной прием.** Проходимость верхних дыхательных путей пострадавшего обеспечивается тройным приемом «A – airway».

1. Голова запрокидывается назад.
2. Нижняя челюсть выдвигается вперед.
3. Слегка приоткрывается рот.

Для восстановления проходимости верхних дыхательных путей бригады СМП и стационары располагают специальными инструментами (роторасширител, языкодержатель, воздуховоды).





# ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ВИРТУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



## ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Физиотерапия – раздел медицины, занимающийся применением физических факторов с лечебной и профилактическими целями. Физические методы лечения широко применяют при многих болезнях как самостоятельно, так и в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Подобно лекарственным средствам, различные виды физиотерапии используют в разные периоды заболевания. К настоящему времени физиотерапия в хирургии не только получила глубокое научно-теоретическое обоснование, но и в повседневной практике подтвердила свою полезность и высокую лечебную эффективность. Своевременное и разумное использование лечебных физических факторов способствует быстрейшему разрешению или инволюции патологического процесса, более быстрому и полноценному заживлению поврежденных тканей, препятствует развитию осложнений, помогает восстановлению нарушенных функций и трудоспособности больного. Значение физиотерапии в комплексной терапии хирургических болезней особенно возросло в связи с недостатками химиотерапии. Объектом физиотерапии являются многие хирургические заболевания (воспалительные и гнойные процессы в тканях, сосудистые заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта и др.), а также всевозможные осложнения (кровоизлияния, инфильтраты, келоидные рубцы, перевисцериты и др.).

**Компрессы** относятся к одному из видов отвлекающей терапии. Компресс – это лечебная многослойная повязка. Компрессы бывают сухие и влажные, общие и местные. Влажные компрессы могут быть холодными, горячими, согревающими, лекарственными.

**Холодный компресс** состоит из сложенной в несколько слоев мягкой ткани или марли, смоченной в холодной воде и слегка отжатой.

**Механизм действия.** Холодные компрессы, отнимая тепло на месте приложения, вызывают сужение не только поверхностных, но и глубоколежащих сосудов, что уменьшает кровенаполнение, понижает чувствительность нервных окончаний, уменьшает острые воспалительные явления.

**Показания** для применения холодных компрессов следующие: свежие (1-е сутки) травматические повреждения мягких тканей, связок, надкостницы и т.п.; местные островороспалительные процессы; носовое кровотечение; головная боль вследствие прилива крови и раздражения мозговых оболочек. Через каждые 2-3 мин компресс меняют. Обычно пользуются двумя компрессами: один накладывают больному, другой погружен в холодную воду. Продолжительность процедуры от 5 до 60 минут.

**Примочки** – один из вариантов холодного компресса. Для этой цели кусок марли, сложенный в несколько слоев, смачивают, например настоем ромашки или водой с примесью уксуса (1 столовая ложка на стакан холодной воды). Примочка накладывается на несколько минут до согревания, затем ее меняют. Продолжительность процедуры до 40 мин. Назначают примочки при свежих ушибах, острых воспалительных процессах (воспаление век, некоторых заболеваний глаз).

**Горячий компресс** состоит из сложенной в несколько слоев салфетки, смоченной в горячей (60-70° С) воде и отжатой.

**Механизм действия.** Под действием горячего компресса происходит расширение сосудов, что способствует приливу крови не только в тканях, расположенных поверхностно, но и в глубоколежащих, а это приводит к снятию спазма мускулатуры внутренних органов, а потому может уменьшать обусловленные этим боли, а также боли при невралгиях и хронических воспалительных процессах.

**Показания** для применения горячего компресса следующие: головная боль вследствие спазма мозговых сосудов – мигрень (на голову); коллагс (к конечностям); спастические боли в кишечнике, желчных протоках (на живот); бронхиальная астма (на грудную клетку); боли в мышцах, суставах (на пораженное место).

**Противопоказания** для назначения горячего компресса следующие: прилив крови к голове, воспаление брюшины, атония мочевого пузыря.

**Методика и техника постановки горячего компресса.** Сложенную в несколько слоев салфетку, смоченную горячей водой (60-70°С) и быстро отжатую, накладывают на поверхность тела. Прикрывают салфетку клеенкой, а сверху накладывают слой ваты. На клеенку можно класть грелку или толстую шерстянную ткань. Этот компресс придерживается рукой без наложения бинта в течение нескольких минут. При охлаждении компресс меняют.

