

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	11
Предисловие	12
Глава 1. Организация работы медицинских организаций. Значение общего ухода за больными	14
Основные компоненты и принципы охраны здоровья	14
Виды медицинской помощи	16
Типы медицинских организаций	19
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	21
Стационарная медицинская помощь	24
Общие сведения об уходе за больными в системе лечения терапевтических больных	27
Обязанности медицинской сестры и младшего медицинского персонала	32
Основы медицинской этики (деонтологии) (совместно с проф. М.Ю. Абросимовой)	34
Биомедицинская этика	38
Ятрогенные заболевания	40
Врачебная тайна	40
Неблагоприятные последствия медицинских вмешательств	42
Глава 2. Приёмное отделение больницы	48
Устройство приёмного отделения больницы	48
Приём и регистрация пациентов	50
Санитарно-гигиеническая обработка пациентов	52
Осмотр кожных и волосяных покровов пациента	53
Стрижка волос, ногтей, бритьё	57
Гигиеническая ванна или мытьё под душем	59
Виды транспортировки пациентов в лечебные отделения больницы	62
Транспортировка пациента на носилках вручную	62
Перекладывание пациента с носилок (каталки) на кровать	63
Перекладывание пациента с кровати на носилки (каталку)	64
Усаживание пациента в кресло-каталку	64
Выбор способа транспортировки	64
Санитарно-эпидемиологический режим приёмного отделения ...	65

Глава 3. Терапевтическое отделение больницы	66
Устройство и оборудование терапевтического отделения	66
Внутренний распорядок терапевтического отделения	67
Лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы	67
Индивидуальный режим пациента	70
Обязанности медицинской сестры	71
Обязанности медицинской сестры отделения	71
Обязанности младшей медицинской сестры	72
Общая оценка состояния пациента	73
Антропометрия	83
Типы телосложения	88
Организация работы поста медицинской сестры	89
Приём и сдача дежурств	91
Медицинская документация	91
Санитарно-эпидемиологический режим терапевтического отделения	92
Внутрибольничная инфекция	92
Дезинфекция	95
Обеспечение здорового микроклимата	101
Санитарно-гигиеническая уборка помещений	102
Предупреждение профессиональных заболеваний медицинских сестёр при работе с кровью	105
Глава 4. Питание пациентов	107
Значение питания в жизнедеятельности организма человека ..	108
Лечебное питание	112
Лечебные диеты (диетические столы)	118
Система стандартных диет	142
Фармаконутрициология	145
Организация лечебного питания	148
Составление и выписывание порционника	149
Порядок раздачи пищи	150
Кормление пациентов	151
Глава 5. Температура тела	157
Термометры: устройство, дезинфекция, хранение	157
Измерение температуры тела	159
Измерение температуры тела в подмышечной впадине	159
Измерение температуры в прямой кишке	160
Измерение температуры в паховой складке (у детей)	161
Регистрация результатов термометрии	161

Характеристика температуры тела человека	162
Лихорадка	163
Классификация лихорадок	166
Стадии лихорадки	170
Особенности ухода за лихорадящими больными	171
Глава 6. Мероприятия по обеспечению личной гигиены больного	174
Правила смены белья	174
Уход за кожей и профилактика пролежней	176
Применение суден и мочеприёмников	178
Подмывание больных (женщин)	179
Подача судна	180
Уход за полостью рта	181
Осмотр полости рта	181
Полоскание рта	181
Промывание полости рта	181
Протираание полости рта и зубов	182
Промывание (орошение) полости рта	183
Смазывание полости рта	183
Взятие мазка со слизистой оболочки полости рта, носа и зева	184
Уход за глазами	185
Утренний туалет глаз	185
Промывание глаз	185
Закапывание капель в глаза	186
Закладывание глазной мази из тьюбика	186
Закладывание глазной мази стеклянной палочкой	186
Уход за ушами	187
Промывание слухового прохода	187
Закапывание капель в ухо	188
Уход за носом	189
Взятие мазка из носа	189
Удаление корочек из носа	189
Закапывание капель в нос	190
Уход за волосами	190
Глава 7. Простейшие физиотерапевтические процедуры	191
Применение холода	191
Компресс	192
Пузырь со льдом	192
Применение тепла	194

Согревающие компрессы	194
Припарки	195
Грелка	196
Банки	197
Горчичники	201
Общие сведения	201
Методика постановки горчичников	203
Горчичные ванны	203
Водолечебные процедуры (бальнеотерапия)	203
Кровопускание	204
Гирудотерапия	205
Глава 8. Лечебно-диагностические процедуры	211
Зондирование	211
Зондирование желудка	212
Промывание желудка	213
Методика фракционного исследования желудочного содержимого	214
Зондирование двенадцатиперстной кишки	217
Клизмы	219
Очистительная клизма	221
Сифонная клизма	224
Послабляющая клизма	226
Лекарственная клизма	229
Питательная клизма (капельная клизма)	230
Газоотводная трубка	231
Катетеризация мочевого пузыря	233
Плевральная пункция	237
Абдоминальная пункция	240
Глава 9. Правила сбора биологического материала для лабораторных исследований	242
Исследование крови	244
Взятие крови на исследование из вены	245
Взятие крови из вены на гемокультуру (стерильность) и чувствительность к антибиотикам	247
Исследование мочи	249
Методы исследования мочи	249
Подготовка больных к исследованию	250
Исследование мокроты	252
Исследование кала	253

Глава 10. Подготовка пациентов к инструментальным методам исследования	256
Рентгенологические методы исследования	256
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки	257
Рентгенологическое исследование органов пищеварения	260
Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей	264
Эндоскопические методы исследования	264
Ультразвуковые методы исследования	265
Глава 11. Способы применения лекарственных средств	267
Общие правила применения лекарственных средств	267
Наружное применение лекарственных средств	270
Накожное применение лекарств	270
Местное применение лекарств на конъюнктиву глаз	271
Интраназальное применение	271
Введение лекарств в уши	272
Введение лекарств во влагалище	272
Энтеральное введение лекарственных средств	272
Пероральное введение лекарств	272
Введение лекарств через прямую кишку	274
Сублингвальное применение лекарств	275
Трансбуккальное введение лекарств	275
Ингаляционный способ введения лекарственных веществ	276
Парентеральный способ введения лекарственных веществ	279
Шприцы	280
Внутрикожная инъекция	284
Подкожная инъекция	286
Внутримышечная инъекция	288
Внутривенная инъекция	291
Вливание	294
Правила выписки и хранения лекарственных средств	297
Правила хранения лекарственных средств	298
Правила хранения и использования ядовитых и наркотических лекарственных средств	299
Глава 12. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания	300
Физиология дыхательной системы	300
Симптомы патологии дыхательной системы	302

Одышка	302
Удушье	303
Кашель	309
Мокрота	311
Кровохарканье и лёгочное кровотечение	314
Боли в грудной клетке	315
Глава 13. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения	317
Артериальный пульс. Техника исследования. Основные характеристики	317
Артериальное давление. Методика его измерения	322
Техника измерения артериального давления (непрямое аускультативное измерение артериального давления)	326
Измерение артериального давления в положении стоя	335
Измерение артериального давления на ногах	336
Осциллометрический метод измерения артериального давления	339
Значимость исследования артериального давления. Современные классификации уровней артериального давления	341
Уровни артериального давления ниже оптимального АД	348
Суточное мониторирование артериального давления	350
Общие симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наблюдение и уход за больными	350
Артериальная гипертензия	350
Артериальная гипотензия	351
Боли в области сердца	351
Инфаркт миокарда	352
Сердечная недостаточность	352
Обморок	356
Коллапс	357
Глава 14. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения	358
Функции пищеварительной системы	358
Микробная флора толстой кишки	360
Дефекация	361
Общие свойства испражнений	361
Общие симптомы заболеваний органов пищеварения. Наблюдение и уход за больными	364

Боль в животе	364
Тошнота	366
Рвота	366
Отрыжка	368
Изжога	368
Расстройства аппетита	369
Метеоризм	370
Диарея	370
Непроизвольная дефекация	373
Запор	373
Желудочно-кишечное кровотечение	376
Глава 15. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих путей	379
Свойства мочи	380
Симптомы патологии мочевыделительной системы	382
Изменения диуреза	382
Отёки	384
Боли в поясничной области	384
Артериальная гипертензия	384
Острая почечная недостаточность	385
Хроническая почечная недостаточность	385
Уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих путей	385
Глава 16. Особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста	387
Основные особенности больных пожилого и старческого возраста	388
Правила питания больных пожилого и старческого возраста	389
Общие принципы ухода за больными пожилого и старческого возраста	392
Уход и наблюдение за больными пожилого и старческого возраста с заболеваниями органов дыхания	394
Уход и наблюдение за больными пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	396
Уход и наблюдение за больными пожилого и старческого возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	398
Уход и наблюдение за больными пожилого и старческого возраста с заболеваниями почек и мочевыводящих путей	400

Глава 17. Уход за тяжёлыми больными. Основы реанимационной помощи	403
Общие правила ухода за тяжёлыми больными	403
Понятие о реанимации и работа реанимационного отделения	405
Терминальные состояния	407
Техника первой доврачебной помощи	409
Констатация смерти и правила обращения с трупом	417
Вместо заключения	419
Тестовый экзамен	421
Приложения	433
Приложение 1. Химический состав и энергетическая ценность основных продуктов питания	433
Приложение 2. Основные пищевые источники витаминов и минеральных веществ	437
Приложение 3. Перечень обязательных практических умений	445
Предметный указатель	447

ГЛАВА 2

ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ

Основные структурные подразделения стационара — приёмное отделение (приёмный покой), лечебные помещения, административно-хозяйственная часть.

Обслуживание пациентов в стационаре начинается в приёмном отделении. Приёмный покой — важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приёма, первичного осмотра, антропометрии (от греч. *anthropos* — человек, *metreo* — измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи. От того, насколько профессионально, быстро и организованно действует медицинский персонал этого отделения, в определённой степени зависит успех последующего лечения пациента, а при неотложных (ургентных) состояниях — и его жизнь. Каждый поступающий пациент должен почувствовать в приёмном отделении заботливое и приветливое к себе отношение. Тогда он проникнется доверием к учреждению, где будет лечиться.

Таким образом, основными функциями приёмного отделения выступают следующие.

- Приём и регистрация пациентов.
- Врачебный осмотр пациентов.
- Оказание экстренной медицинской помощи.
- Определение отделения стационара для госпитализации пациентов.
- Санитарно-гигиеническая обработка пациентов.
- Оформление соответствующей медицинской документации.
- Транспортировка пациентов.

УСТРОЙСТВО ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ

Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности:

- 1) регистрация пациентов;
- 2) врачебный осмотр;
- 3) санитарно-гигиеническая обработка.

В такой же последовательности расположены и помещения приёмного отделения.

Устройство приёмного отделения больницы зависит от профиля стационара; оно включает в себя, как правило, следующие кабинеты.

- Зал ожидания: в нём находятся пациенты, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие пациентов лица. Здесь должны стоять стол и достаточное количество стульев. На стенах вывешивают сведения о режиме работы лечебных отделений, часах беседы с лечащим врачом, перечне продуктов, разрешённых для передачи пациентам.
- Регистратура: в этом помещении проводят регистрацию поступающих пациентов и оформление необходимой документации.
- Смотровой кабинет (один или несколько): предназначен для врачебного осмотра пациентов с постановкой предварительного диагноза, определением вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии, термометрии и при необходимости других исследований [например, электрокардиографии (ЭКГ)].
- Санпропускник с душевой (ванной), комнатой для переодевания.
- Диагностический кабинет — для пациентов с неустановленным диагнозом.
- Изолятор — для пациентов, у которых подозревается инфекционное заболевание.
- Процедурный кабинет — для оказания экстренной помощи.
- Операционная (перевязочная) — для оказания экстренной помощи.
- Рентгенологический кабинет.
- Лаборатория.
- Кабинет дежурного врача.
- Кабинет заведующего приёмным отделением.
- Туалетная комната.
- Помещение для хранения одежды поступивших пациентов.

В многопрофильных стационарах в приёмном отделении могут быть также и другие кабинеты, например травматологический, реанимационный, кардиологический (для пациентов с инфарктом миокарда) и др.

ПРИЁМ И РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

В приёмное отделение пациенты могут быть доставлены следующими способами.

- Машиной скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.
- По направлению участкового врача в случае неэффективности лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а также по направлению военкомата.
- Переводом из других лечебно-профилактических учреждений (по договорённости с администрацией).
- «Самотёком»: при самостоятельном обращении пациента в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы.

В зависимости от способа доставки пациента в больницу и его состояния различают три вида госпитализации:

- 1) плановая госпитализация;
- 2) экстренная госпитализация;
- 3) госпитализация «самотёком».

Если пациента доставляют в приёмное отделение в состоянии средней тяжести и тем более в тяжёлом состоянии, то ещё *до регистрации* медицинская сестра обязана оказать ему первую (доврачебную) медицинскую помощь, срочно пригласить к нему врача и быстро выполнить все врачебные назначения.

Врач приёмного отделения осматривает пациента и решает вопрос о необходимости его госпитализации в данное лечебное учреждение. В случае госпитализации медицинская сестра осуществляет регистрацию пациента и оформляет необходимую медицинскую документацию. После регистрации пациента медицинская сестра направляет его в смотровой кабинет для осмотра врачом и выполнения необходимых диагностических и лечебных процедур.

Если пациент доставлен в приёмное отделение с улицы в бессознательном состоянии и без документов, то медицинская сестра после осмотра его врачом оказывает экстренную медицинскую помощь и заполняет необходимую документацию. После этого она обязана дать телефонограмму в отделение милиции и бюро несчастных случаев. В телефонограмме указывают приметы поступившего (пол, приблизительно возраст, рост, телосложение), перечисляют, во что он одет. Во всех до-

кументах до выяснения личности больной должен числиться как «неизвестный».

Кроме того, в следующих случаях медицинская сестра обязана дать телефонограмму родственникам и сделать соответствующую запись в «Журнале телефонограмм»:

- пациент доставлен в больницу по поводу внезапного заболевания, которое возникло у него вне дома;
- пациент умер в приёмном отделении.

Основная медицинская документация приёмного отделения

- «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у).

В журнале медицинская сестра фиксирует: фамилию, имя, отчество пациента, год рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дату и время поступления, откуда и кем он доставлен, характер госпитализации (плановый, экстренный, «самотёк»), диагноз направившего учреждения, диагноз приёмного отделения, в какое отделение направлен пациент.

При отказе пациенту в госпитализации в журнал заносятся сведения о причине отказа и оказанной помощи: медицинская помощь, направление в другой стационар, отсутствие показаний к госпитализации и пр.

- «Медицинская карта стационарного больного» (традиционно называемая историей болезни; форма № 003/у). Медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни, а также заполняет паспортную часть и левую половину «Статистической карты вышедшего из стационара» (форма № 066/у).
- «Журнал осмотра на педикулёз»: заполняется при выявлении у больного педикулёза; дополнительно в истории болезни делают пометку «Р» (*pediculosis*).
- Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления): заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.
- «Журнал телефонограмм». Медицинская сестра фиксирует в журнале текст телефонограммы, дату, время её передачи, кем она принята.
- Алфавитный журнал поступивших пациентов (для справочной службы).

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТОВ

После установления диагноза заболевания пациента по решению дежурного врача направляют на санитарно-гигиеническую обработку.

При тяжёлом состоянии пациента его доставляют в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии без санитарно-гигиенической обработки.

Санитарно-гигиеническую обработку осуществляют в санпропускнике приёмного отделения. Существуют одно- и двухпоточный методы санитарно-гигиенической обработки пациентов.

- В больницах с небольшим количеством коек используют однопоточную систему, т.е. по очереди принимают женщин и мужчин.
- При двухпоточной системе в разных помещениях одновременно проводят обработку и мужчин, и женщин.

Санпропускник приёмного отделения обычно состоит из смотровой, раздевальни, ванно-душевой комнаты и комнаты, где пациенты одеваются. Некоторые из этих помещений могут быть совмещены (например, смотровая и раздевальня).

В смотровом кабинете пациента раздевают, осматривают для выявления педикулёза и готовят к санитарно-гигиенической обработке. Здесь имеются кушетка, стол, стулья, термометр на стене (температура воздуха в смотровой должна быть не ниже 25 °С).

Если бельё чистое, его складывают в мешок, а верхнюю одежду вешают на плечики и сдают в камеру хранения. Список вещей (приёмную квитанцию) составляют в двух экземплярах: один сдают с вещами в камеру хранения, другой приклеивают к истории болезни и при выписке по нему получают вещи для пациента. Имеющиеся ценности и деньги под расписку сдают старшей медицинской сестре для хранения их в сейфе.

Если у пациента выявлено инфекционное заболевание, бельё складывают в бак с хлорной известью или хлорамином Б на 2 ч и направляют в специальную прачечную. При завшивленности бельё предварительно обрабатывают дезинфицирующим раствором и направляют в дезинфекционную* камеру для специальной обработ-

* Дезинфекция (от лат. *des* — приставка, обозначающая уничтожение, *infectio* — заражение) — уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний (бактерий, вирусов).

ки. На мешках с такой одеждой должна быть соответствующая надпись — «Педикулёз».

Этапы санитарно-гигиенической обработки пациентов.

- Осмотр кожных и волосяных покровов пациента.
- Стрижка волос, ногтей, бритьё (при необходимости).
- Мытьё под душем или гигиеническая ванна.

Осмотр кожных и волосяных покровов пациента

Осмотр кожных и волосяных покровов пациента проводят с целью выявления педикулёза (вшивости). Педикулёз (от лат. *pediculus* — вошь) — поражение кожных и волосяных покровов человека в результате паразитирования на теле вшей. Могут быть обнаружены различные виды вшей (рис. 2-1):

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

Таким образом, необходимо тщательно осматривать не только всего пациента, но и его одежду, особенно складки и внутренние швы белья.

Вши — переносчики сыпного и возвратного тифа.

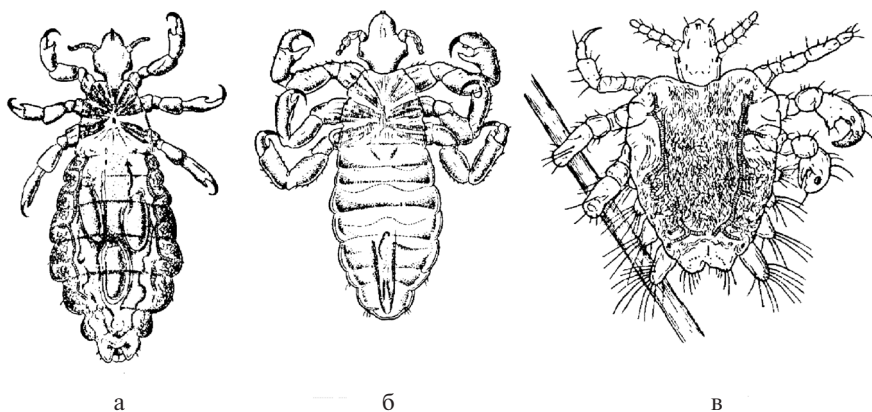


Рис. 2-1. Виды вшей: а — головная; б — платяная; в — лобковая

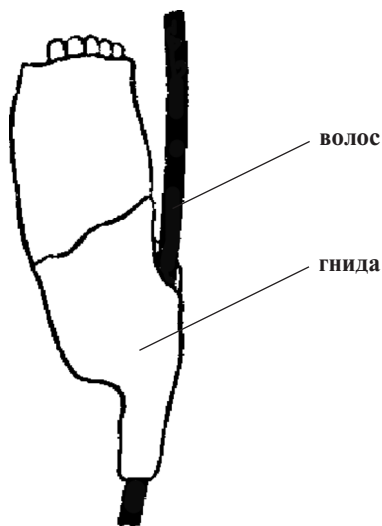


Рис. 2-2. Вид гниды, прикреплённой к волосу

Признаки педикулёза:

- наличие гнид (яиц вшей, которые приклеиваются самкой к волосу или ворсинкам ткани; рис. 2-2) и самих насекомых;
- зуд кожных покровов;
- следы расчёсов и импетигиозные (гнойничковые) корки на коже.

В случае выявления педикулёза проводят специальную санитарно-гигиеническую обработку пациента; медицинская сестра вносит запись в «Журнал осмотра на педикулёз» и ставит на титульном листе истории болезни специальную пометку («Р»), а также сообщает о выявленном педикулёзе в санитарно-эпидемиологическую станцию. Можно провести

частичную или полную санитарно-гигиеническую обработку. Частичная санитарно-гигиеническая обработка заключается в мытье пациента с мылом и мочалкой в ванне или под душем, дезинфекции и дезинсекции его одежды и обуви. Под полной санитарно-гигиенической обработкой подразумевают не только перечисленные выше меры, но и обработку постельных принадлежностей и жилых помещений.

Все данные по обработке поступившего пациента необходимо записывать в историю болезни, чтобы палатная медицинская сестра могла через 5–7 дней произвести повторную обработку.

Обработка пациента при выявлении педикулёза

Этапы санитарно-гигиенической обработки:

- 1) дезинсекция (от лат. *des-* — приставка, обозначающая уничтожение, *insectum* — насекомое; уничтожение членистоногих, выступающих переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний);
- 2) гигиеническая ванна (душ, обтирание);
- 3) стрижка волос и ногтей;
- 4) переодевание пациента в чистое бельё.

Необходимое оснащение для дезинсекции

- Защитная одежда — медицинский халат, косынка*, маска, клеёнчатый фартук или специальная одежда из прорезиненной ткани, резиновые перчатки.
- Дезинсектицидный раствор.
- Шампунь, уксус (6% раствор, подогретый до 30 °С), спирт (70%).
- Полиэтиленовые косынка и пелёнка, клеёнка, полотенца, белая бумага, частый гребень, ножницы.
- Таз для сжигания волос и спички.
- Клеёнчатый мешок.

Различают несколько видов дезинсектицидных растворов.

- 20% раствор эмульсии бензилбензоата.
- Специальные шампуни (например, «Элко-инсект»).
- Специальные лосьоны (например, «Ниттифор»).

Порядок выполнения процедуры.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение и надеть защитную одежду.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё пациента и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой.
3. При необходимости остричь волосы над подготовленным тазом.
4. Обработать волосы дезинсектицидным раствором, завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на определённое время (время смачивания волос зависит от вида применяемого раствора — см. конкретную инструкцию).
5. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, затем шампунем.
6. Сушить волосы полотенцем и обработать волосы подогретым 6% раствором уксусной кислоты.
7. Вновь завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на 20 мин.
8. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, высушить полотенцем.

* В настоящее время общемировой тенденцией является использование одноразовых медицинских одежды и белья из нетканого многослойного материала нового поколения — СМС. Материал СМС состоит из трёх слоёв: слоя спанбонда, слоя мейлблэуна и ещё одного слоя спанбонда. Материал СМС обеспечивает надёжную защиту медицинского персонала, особенно при работе с ВИЧ-инфицированными, больными гепатитом В, С и т.д.

9. Наклонить голову пациента над белой бумагой и тщательно вычесать по прядям волосы частым гребнем, затем повторно осмотреть волосы пациента.

10. Сжечь остриженные волосы и бумагу в тазу.

11. Сложить одежду пациента и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Гребень и ножницы обработать 70% спиртом, помещение — дезинсектицидным раствором.

Применение дезинсектицидных растворов противопоказано при беременности, у рожениц и кормящих грудью, детей до 5 лет, а также при заболеваниях кожи головы.

Порядок выполнения дезинсекции при наличии противопоказаний к использованию дезинсектицидных растворов.

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение и надеть защитную одежду.

2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё пациента и покрыть ему плечи полиэтиленовой плёнкой, при необходимости остричь волосы над подготовленным тазом.

3. Обработать волосы (не кожу головы!) подогретым 6% раствором укуса, механическим способом выбирая и уничтожая вшей.

4. Завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на 20 мин.

5. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, затем шампунем, высушить полотенцем.

6. Наклонить голову пациента над белой бумагой и тщательно вычесать по прядям волосы частым гребнем, затем повторно осмотреть волосы пациента.

7. Сжечь остриженные волосы и бумагу в тазу.

8. Сложить одежду пациента и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Гребень и ножницы обработать спиртом (70%), помещение — дезинсектицидным раствором.

Санитарно-гигиеническая обработка пациентов при обнаружении лобковых вшей

1. Обмыть тело пациента горячей водой с мылом.

2. Сбрить поражённые волосы.

3. Повторно обмыть тело пациента горячей водой с мылом.

4. Сжечь остриженные волосы в тазу.
5. Сложить одежду пациента и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Бритву и ножницы обработать спиртом (70%).

Стрижка волос, ногтей, бритьё

Стрижка волос

Необходимое оснащение

- Ножницы, машинка для стрижки волос.
- Таз для сжигания волос, спички.
- Спирт (70%).

Порядок выполнения процедуры

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработке: разложить необходимое оснащение.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё пациента и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой.
3. Снять волосы машинкой для стрижки волос, при каждом заболевании волосистой части головы остричь волосы над подготовленным тазом.
4. Сжечь волосы.
5. Обработать ножницы, бритву спиртом.

Бритьё

Необходимое оснащение

- Резиновые перчатки.
- Бритва, кисточка и крем для бритья.
- Салфетка, полотенце, ёмкость для воды.

Порядок выполнения процедуры

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработке: разложить необходимое оснащение, надеть перчатки.
2. Нагреть воду (до 40–45 °С), намочить в ней салфетку, отжать и обложить лицо пациента.
3. Снять салфетку, нанести кисточкой крем для бритья.
4. Побрить пациента, натягивая другой рукой кожу в противоположном направлении по отношению к движению бритвы.
5. Промокнуть лицо влажной, затем сухой салфеткой.
6. Обработать бритву спиртом.
7. Снять перчатки, вымыть руки.

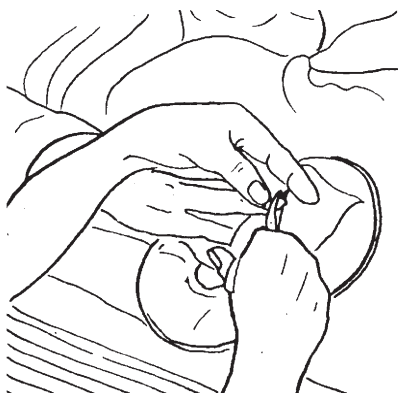


Рис. 2-3. Стрижка ногтей на руках



Рис. 2-4. Стрижка ногтей на ногах

Стрижка ногтей на руках

Необходимое оснащение.

- Резиновые перчатки.
- Ножницы и щипчики для стрижки ногтей.
- Тёплая вода, жидкое мыло, крем для рук и ног, спирт (70%).
- Таз и лоток для воды, полотенца.

Порядок выполнения процедуры (рис. 2-3).

1. Разложить необходимое оснащение, нагреть воду, надеть перчатки.

2. Добавить в лоток с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2–3 мин кисти пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).

3. Поочерёдно извлекая пальцы пациента из воды, вытирать их и аккуратно подрезать ногти.

4. Обработать руки пациента кремом.

Стрижка ногтей на ногах (рис. 2-4)

1. Добавить в таз с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2–3 мин стопы пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).

2. Положить стопу на полотенце (поочерёдно по мере обрезки ногтей), вытереть её и остричь ногти специальными щипчиками.

3. Обработать стопы кремом.

4. Продезинфицировать ножницы и щипчики спиртом.

5. Снять перчатки, вымыть руки.

Гигиеническая ванна или мытьё под душем

Ванное помещение

Ванну моют мочалкой и щёткой с мылом и дезинфицирующим раствором, пятна отмывают 3% раствором соляной кислоты, ополаскивают горячей водой и заполняют водой непосредственно перед приходом больного в ванную комнату (измеряют температуру воды). Рядом с ванной должны быть деревянные настилы (или резиновые коврики); также желательно наличие электроурны для подогрева белья. Чистое бельё и мочалка должны быть сложены в пакеты.

После мытья пациента ванну моют с мылом и ополаскивают 1% раствором хлорамина Б. Клеёнчатую подушку и клеёнку на кушетке протирают тряпкой, смоченной 2% раствором хлорамина Б или 0,5% раствором хлорной извести, а затем моют с мылом. Простыни на кушетке меняют после каждого пациента. Влажную уборку помещения проводят несколько раз в день. Инвентарь следует маркировать. Мочалки в ванном помещении должны находиться в разных посудах, имеющих пометки «Мочалки использованные», «Мочалки чистые».

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

Гигиеническая ванна противопоказана при наличии инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, гипертонического криза, острой сердечной и сосудистой недостаточности, туберкулёза в активной фазе, кожных заболеваний, кровотечений, истощения. Гигиеническую ванну нельзя принимать роженицам и пациентам с заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства.

При наличии противопоказаний для приёма гигиенической ванны пациента следует обернуть сначала салфеткой, смоченной в тёплой воде с мылом или в тёплой воде с одеколоном (спиртом), затем салфеткой, смоченной чистой водой, и насухо вытереть.

Гигиеническая ванна

Необходимое оснащение

- Клеёнчатый фартук, резиновые перчатки.
- Щётка, чистящее средство для ванны, 0,5% раствор хлорной извести.

- Водяной термометр, индивидуальные мыло и мочалка.
- Полотенце, чистое бельё.

Порядок выполнения процедуры

1. Надеть клеёнчатый фартук и перчатки.

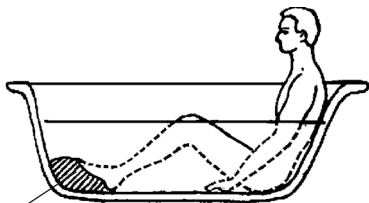
2. Закрывать форточки (температура воздуха в ванной комнате должна быть не менее 25°C), положить на пол у ванны резиновый коврик (при отсутствии деревянного настила), тщательно промыть ванну щёткой и чистящим средством, обработать ванну раствором хлорной извести.

3. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, наполнить ванну (сначала холодной, а затем горячей водой на 2/3 объёма: такая последовательность заполнения ванны позволяет уменьшить образование паров в ванной комнате; температура воды должна быть в пределах 34–36°C).

4. Сменить фартук и перчатки.

5. Помочь пациенту раздеться и усадить его в ванну, поддерживая под локти.

6. Придать пациенту такое положение в ванне, чтобы вода доходила до верхней трети его груди; в ножной конец ванны следует поставить деревянную подставку, чтобы пациент мог опереться о неё ногами, не скатился и не соскользнул (рис. 2-5).



Деревянная подставка



Нельзя оставлять пациента во время приёма ванны без присмотра; обязательно нужно следить за его внешним видом и пульсом!

Рис. 2-5. Положение пациента при приёме гигиенической ванны

7. Если пациент не может мыться самостоятельно, вымыть его, используя индивидуальные мыло и мочалку, в такой последовательности: голова — туловище

ще — руки — паховая область — промежность — ноги, уделяя особое внимание местам скопления пота.

8. Помочь пациенту выйти из ванны, вытереть его в том же порядке.

9. Одеть пациента в чистую одежду (в настоящее время пациенту разрешается находиться в палате не в больничной, а в домашней одежде).

10. Тщательно промыть ванну щёткой и чистящим средством, обработать ванну раствором хлорной извести.

11. Снять фартук и перчатки, поместить их в специальный клеёнчатый мешок, вымыть руки.

Длительность пребывания пациента в ванне определяется его состоянием и в среднем составляет 15–30 мин.

Гигиенический душ

Необходимое оснащение

- Клеёнчатый фартук, резиновые перчатки.
- Щётка, чистящее средство для ванны, 0,5% раствор хлорной извести.
- Водяной термометр, индивидуальные мыло и мочалка.
- Полотенце, чистое бельё.

Порядок выполнения процедуры

1. Надеть клеёнчатый фартук и перчатки.

2. Закрыть форточки (температура воздуха в душевой (ванной комнате) должна быть не менее 25 °С), положить на пол в душевой кабинке (ванне) резиновый коврик, тщательно промыть пол в душевой кабинке (ванну) щёткой и чистящим средством и обработать раствором хлорной извести.

3. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение, включить воду (температура воды должна быть 35–42 °С), сменить фартук и перчатки.

4. Помочь пациенту раздеться и усадить его на табурет (скамеечку) в душевой кабинке (ванне), поддерживая под локти.

5. Если пациент не может мыться самостоятельно, вымыть его, используя индивидуальные мыло и мочалку, в такой последовательности: голова — туловище — руки — паховая область — промежность — ноги.

6. Помочь пациенту выйти из душевой кабинки (ванны), вытереть его в том же порядке.

7. Одеть пациента в чистую больничную одежду.

8. Тщательно промыть пол в душевой кабинке (ванну) щёткой и чистящим средством и обработать раствором хлорной извести.

9. Снять фартук и перчатки, поместить их в специальный клеёнчатый мешок, вымыть руки.

ВИДЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ В ЛЕЧЕБНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ

Транспортировка — перевозка и переноска пациентов к месту оказания медицинской помощи и лечения. Способ транспортировки пациента из приёмного покоя в отделение определяет врач, проводящий осмотр (рис. 2-6). Средства передвижения (каталки, носилки) обеспечиваются простынями и одеялами. Последние необходимо менять после каждого употребления. Пациенты, которые передвигаются самостоятельно, из приёмного отделения поступают в палату в сопровождении младшего медицинского персонала (младшей медицинской сестры, санитарок или санитаров).

Пациентов, которые не могут передвигаться, транспортируют в отделение на носилках или в кресле-каталке.

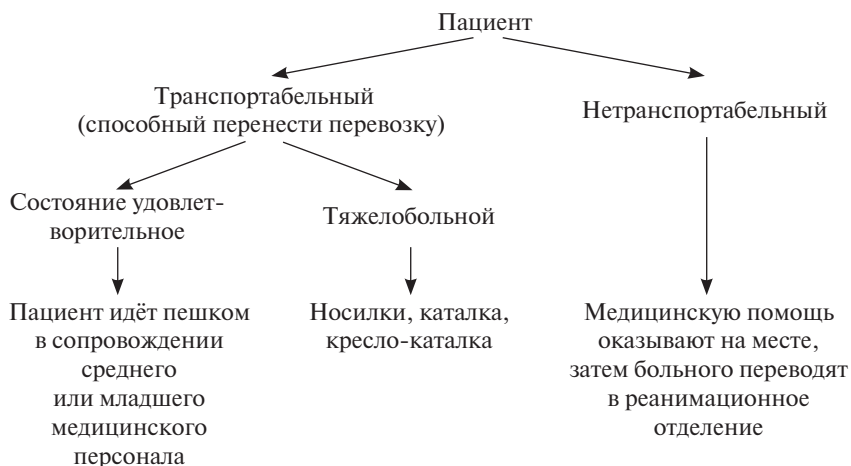


Рис. 2-6. Схема выбора способа транспортировки пациента

Транспортировка пациента на носилках вручную

Оснащение: носилки.

- Нести пациента на носилках следует без спешки и тряски, двигаясь не в ногу.
- Вниз по лестнице пациента следует нести ногами вперёд, причём ножной конец носилок нужно приподнять, а головной — несколько опустить (таким образом достигается горизонтальное положение

носилки; рис. 2-7, а). При этом идущий сзади держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий спереди — на плечах.

- Вверх по лестнице пациента следует нести головой вперёд также в горизонтальном положении (рис. 2-7, б). При этом идущий впереди держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий сзади — на плечах.

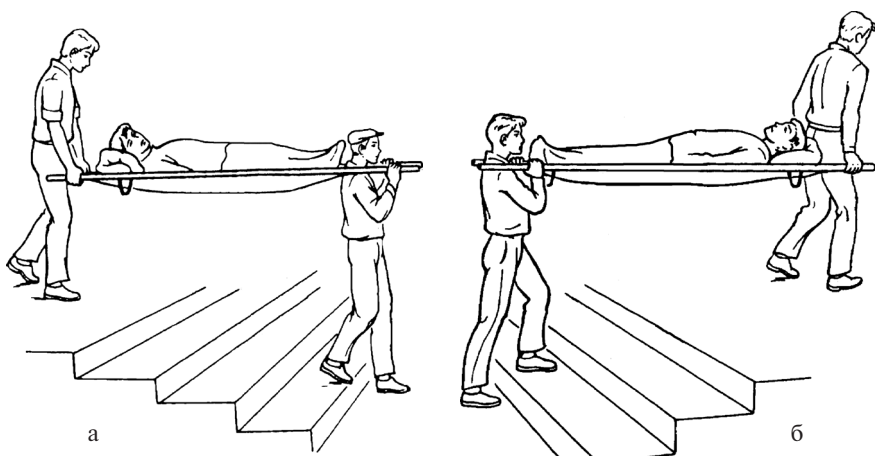


Рис. 2-7. Транспортировка пациента на носилках: а — вниз по лестнице; б — вверх по лестнице

Перекладывание пациента с носилок (каталки) на кровать

Порядок перекладывания

1. Поставить головной конец носилок (каталку) перпендикулярно к ножному концу кровати. Если площадь палаты небольшая, поставить носилки параллельно кровати.

2. Подвести руки под пациента: один санитар подводит руки под голову и лопатки, второй — под таз и верхнюю часть бёдер, третий — под середину бёдер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею и лопатки пациента, второй — под поясницу и колени.

3. Одновременно согласованными движениями поднять пациента, вместе с ним повернуться на 90° (если носилки поставлены параллельно — на 180°) в сторону кровати и уложить на неё пациента.

4. При расположении носилок вплотную к кровати, удерживая носилки на уровне кровати, вдвоём (втроём) подтянуть пациента к краю

носилки на простыне, слегка приподнять его вверх и переложить пациента на кровать.

Перекладывание пациента с кровати на носилки (каталку)

Порядок перекладывания.

1. Поставить носилки перпендикулярно кровати, чтобы их головной конец подходил к ножному концу кровати.

2. Подвести руки под пациента: один санитар подводит руки под голову и лопатки, второй — под таз и верхнюю часть бёдер, третий — под середину бёдер и голени пациента. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею и лопатки пациента, второй — под поясницу и колени.

3. Одновременно согласованными движениями поднять пациента, вместе с ним повернуться на 90° в сторону носилок и уложить на них пациента.

Усаживание пациента в кресло-каталку

Порядок усаживания

1. Наклонить кресло-каталку вперёд и наступить на подножку кресла.

2. Предложить пациенту встать на подножку и усадить его, поддерживая, в кресло. Проследить, чтобы руки пациента занимали правильное положение — во избежание травмы они не должны выходить за подлокотники кресла-каталки.

3. Вернуть кресло-каталку в правильное положение.

4. Осуществить транспортировку.

Выбор способа транспортировки

Способ транспортировки и укладывания на носилки пациента зависит от характера и локализации заболевания (табл. 2-1).

Таблица 2-1. Особенности транспортировки пациентов

Характер и локализация заболевания	Разновидности транспортировки
Кровоизлияние в мозг	Лёжа на спине
Бессознательное состояние	Голову пациента необходимо повернуть набок; следить, чтобы при возможной рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути

Окончание табл. 2-1

Характер и локализация заболевания	Разновидности транспортировки
Сердечно-сосудистая недостаточность	В положении полусидя, хорошо укрыть, положить к ногам и рукам грелки
Острая сосудистая недостаточность	Уложить пациента так, чтобы голова была ниже уровня ног
Ожоги	Уложить по возможности на неповреждённую сторону, обожжённую поверхность закрыть стерильным бинтом или стерильной простынёй
Перелом костей черепа	На носилках в положении пациента лёжа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки; вокруг головы валик из одеяла, одежды или умеренно надутого воздухом подкладного круга
Перелом грудного и поясничного отделов позвоночника	Жёсткие носилки — лёжа на спине лицом вверх (не в сторону), обычные — на животе лицом вниз
Перелом рёбер	В положении полусидя
Перелом костей таза	В положении пациента лёжа на спине, подложив под разведённые колени подушку, валик и т.п.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в приёмном отделении является составной частью санитарно-эпидемиологического режима больницы и предусматривает следующие мероприятия.

- Обязательная санитарно-гигиеническая обработка поступающих пациентов.
- Экстренное извещение санитарно-эпидемиологической службы (по телефону и с заполнением особой формы) и обеспечение всех необходимых мер при обнаружении у пациента инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.
- Регулярная тщательная влажная уборка помещений и поверхностей предметов.
- Применение различных способов дезинфекции (кипячение, использование дезинфицирующих растворов и ультрафиолетового излучения).

ГЛАВА 3

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ

Больные терапевтического профиля подлежат госпитализации в терапевтическое отделение стационара. Лечебные отделения могут быть двух видов — общетерапевтическими и, как правило, в многопрофильных крупных стационарах, специализированными: пульмонологическими, кардиологическими, гастроэнтерологическими, нефрологическими, гематологическими и др.

Работа терапевтического отделения обеспечивается следующим медицинским составом.

- Заведующий отделением.
- Палатные врачи.
- Старшая медицинская сестра.
- Медицинские сёстры отделения (палатные медицинские сёстры).
- Сестра-хозяйка.
- Процедурная медицинская сестра.
- Младшие медицинские сёстры.
- Санитарки-буфетчицы.
- Санитарки-уборщицы.

УСТРОЙСТВО И ОБОРУДОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

От профиля и категории больницы зависит количество коек терапевтического отделения (25, 60, 80 и т.д.). Устройство терапевтического отделения предусматривает следующие лечебные и служебные помещения.

- Кабинет заведующего отделением.
- Ординаторская (кабинет врачей).
- Кабинет старшей медицинской сестры.
- Палаты для пациентов.
- Процедурные кабинеты.
- Манипуляционные кабинеты (клизменная).

- Ванная комната.
- Туалетные комнаты.
- Буфетная для раздачи пищи и столовая для пациентов.
- Кабинет сестры-хозяйки.
- Холлы (для дневного пребывания больных и родственников).
- Бельевая для хранения чистого нательного и постельного белья.
- Помещение для мытья и стерилизации суден.
- Помещение для хранения предметов уборки.
- Место для хранения оборудования для транспортировки пациентов.

Устройство палат в лечебном отделении также предусматривает обязательный перечень оснащения.

- Функциональные кровати.
- Прикроватные тумбочки.
- Общий стол и стулья для пациентов.
- Холодильник для хранения продуктов.
- Переносные ширмы.
- Индивидуальные электрические лампы.
- Индивидуальная сигнализация для экстренного вызова медицинского персонала.

ВНУТРЕННИЙ РАСПОРЯДОК ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

С правилами внутреннего распорядка стационара поступающих пациентов и их родственников знакомят ещё в приёмном отделении больницы. Они должны быть ознакомлены с основными позициями больничного режима: часами подъёма, сна, дневного отдыха («тихого часа»), приёма пищи, временем обхода врачей и осуществления лечебно-диагностических процедур, посещения пациентов родственниками, а также со списком продуктов, разрешённых и запрещённых для передачи пациентам.

Лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы

Медицинский персонал должен обеспечить контроль и выполнение в стационаре лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режимов (табл. 3-1).

Таблица 3-1. Стационарный режим

Режим	Цель	Мероприятия
Санитарно-гигиенический	Профилактика возникновения и распространения нозокомиальной (от греч. <i>nosokomeion</i> — больница; внутрибольничной) инфекции	Санитарно-гигиеническая обработка поступающих больных, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием лечебного учреждения и личной гигиены пациентов, смена белья, термометрия, дезинфекция, стерилизация
Лечебно-охранительный	Обеспечение физического и психического покоя больных	Соблюдение правил внутреннего распорядка стационара, режима физической активности (индивидуального режима пациента) и принципов медицинской этики

Создание и обеспечение лечебно-охранительного режима входят в обязанности всего медицинского персонала. Лечебно-охранительный режим включает в себя следующие элементы.

- Обеспечение режима щажения психики пациента.
- Строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня.
- Обеспечение режима рациональной физической (двигательной) активности.

Психологический покой пациента обеспечивают путём соблюдения следующих правил.

- Создание тишины в отделении: следует разговаривать негромко, не заниматься уборкой помещений во время дневного и ночного отдыха пациентов, не разрешать пациентам громко включать радио и телевизор.
- Создание спокойного интерьера: пастельные тона окраски стен, мягкая мебель в холлах, цветы.
- Соблюдение основных принципов медицинской этики.

Необходимо требовать от пациентов соблюдения распорядка дня в отделении и не нарушать его самим: нельзя будить пациента раньше установленного времени, необходимо вовремя выключать телевизор в холле и следить, чтобы после 10 ч вечера были выключены радиоприёмники и телевизоры в палатах.

Режим дня (табл. 3-2) создаёт благоприятные условия для выздоровления пациентов, так как при его выполнении соблюдается режим питания пациентов, чётко выполняются лечебные назначения и санитарно-гигиенические мероприятия.

Важным элементом лечебно-охранительного режима выступает рациональное ограничение физической (двигательной) активности больных. В первую очередь это относится к тяжелобольным, страдающим, например, такими заболеваниями, как гипертоническая болезнь в период обострения (гипертонический криз), инфаркт миокарда, тяжёлая сердечная недостаточность. В подобных случаях неадекватное повышение двигательной активности может привести к нежелательному увеличению функциональной нагрузки на тот или иной орган (сердце, головной мозг, печень).

Таблица 3-2. Режим дня в отделении

Время	Мероприятие
7.00	Подъём
7.00–7.30	Измерение температуры тела
7.30–8.00	Утренний туалет
8.00–8.30	Раздача лекарств
8.30–9.30	Завтрак
9.30–12.00	Врачебный обход
12.00–14.00	Выполнение врачебных назначений
14.00–14.30	Обед
14.30–16.30	«Тихий час»
16.30–17.00	Измерение температуры тела
17.00–17.30	Послеобеденный чай
17.30–19.00	Посещение родственниками
19.00–19.30	Раздача лекарств
19.30–20.00	Ужин
20.00–21.30	Свободное время
21.30–22.00	Вечерний туалет
22.00–7.00	Сон

Индивидуальный режим пациента

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

- Строгий постельный режим — пациенту категорически запрещено активно двигаться в кровати и тем более вставать; уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).
- Постельный режим — пациенту запрещено вставать с кровати, разрешено поворачиваться и сидеть в кровати. Уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).
- Полупостельный режим — пациенту запрещено выходить из палаты, разрешено садиться в кровати и на стул для приёма пищи, утреннего туалета, пользоваться креслом-судном. Разрешается приём пищи в положении сидя.
- Палатный режим — пациенту разрешаются передвижение по палате и мероприятия личной гигиены в пределах палаты. Половину дневного времени пациент может проводить в положении сидя.
- Общий («свободный») режим — пациенту разрешено ходить по отделению и в пределах больницы (коридор, лестница, больничная территория).

Для посещений пациентов родственниками должно быть оборудовано специальное помещение (коридор или отдельная комната). Медицинская сестра обеспечивает организацию посещения пациентов и следит за содержанием передач родственников, имея список пациентов с назначенным им номером лечебной диеты, а также контролирует количество и качество приносимых продуктов питания. В комнате, где осуществляют приём передач для пациентов, должны быть вывешены списки разрешённых и запрещённых продуктов. Для хранения пищи, принесённой из дома, пациентам выделяют тумбочку (для сухих продуктов) и место в холодильнике (для скоропортящихся продуктов). В холодильниках продукты должны храниться в целлофановых пакетах с указанием фамилии пациента и номера его палаты. Ежедневно медицинская сестра проверяет пищевые продукты и в случае обнаружения признаков порчи или просроченной даты использования выбрасывает их в ёмкость для пищевых отходов.

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Обязанности медицинской сестры отделения

Рабочее место медицинской сестры отделения (т.е. палатной медицинской сестры) — сестринский пост — рассчитано на каждые 25—30 коек; оно должно быть оборудовано соответственно обязанностям медицинской сестры.

- Стол, настольная лампа, телефон.
- Средства, обеспечивающие связь с тяжелобольными (световое табло, звонок, местная телефонная связь, список служебных телефонов).
- Шкафы (в том числе холодильник) для хранения лекарств.
- Шкаф для хранения медицинской документации.
- Место для хранения инструментов и перевязочного материала.
- Место для хранения предметов для ухода за пациентами (термометры, грелки, посуда для сбора анализов и пр.).
- Место для хранения предметов, с помощью которых медицинская сестра осуществляет антропометрию.
- Передвижной столик для раздачи лекарственных средств.

Пост палатной медицинской сестры обычно располагается в коридоре отделения. Палатная медицинская сестра непосредственно работает на посту, выполняет врачебные назначения и проводит сестринский уход за пациентами.

Обязанности палатной медицинской сестры следующие.

- Общая оценка состояния пациента (общее состояние, положение пациента в постели, состояние сознания пациента, антропометрия) и контроль за состоянием пациентов (термометрия, исследование пульса и подсчёт ЧДД, измерение суточного диуреза с обязательной фиксацией полученных данных в соответствующей медицинской документации).
- Контроль за общим гигиеническим состоянием больного, в том числе осмотр на наличие педикулёза, наблюдение за личной гигиеной пациента и чистотой в палатах, кварцевание палат.
- Организация (в том числе осуществление) ухода за пациентами, оказание при необходимости первичной доврачебной помощи.
- Ведение медицинской документации, направление пациентов на клиничко-диагностические исследования по назначению врача.

- Осуществление сбора биологического материала для анализов и контроль за своевременным получением результатов лабораторных исследований.
- Транспортировка, сопровождение пациентов на лечебные и диагностические процедуры и в палаты.
- Контроль за выполнением пациентами режима питания и правил внутреннего распорядка.
- Контроль за работой младшего медицинского звена.
- Осуществление ежедневного контроля за обеспечением медицинского поста необходимыми лекарственными средствами и предметами по уходу.
- Санитарно-просветительная работа среди пациентов, контроль за посещением пациентов родственниками и соответствием лечебному режиму приносимых ими продуктов.

Обязанности младшей медицинской сестры

Младшая медицинская сестра с целью создания благоприятных условий в палате строит свою работу в зависимости от распорядка дня.

К подъёму пациентов, т.е. к 7 ч утра, младшая медицинская сестра должна быть в отделении с инвентарём для утреннего туалета пациентов и уборки помещения. Она включает свет в палатах. Пока палатная медицинская сестра измеряет температуру тела, младшая медицинская сестра проветривает помещения, открывает окна, фрамуги. Ослабленным пациентам младшая медицинская сестра подаёт таз и воду для умывания, тяжелобольных умывает сама. Она выносит плевательницы, судна, перестилает постели, некоторым пациентам подаёт подкладные судна и мочеприёмники. До завтрака она же контролирует сбор мочи или кала для лабораторных исследований. Младшая медицинская сестра подмывает тяжелобольных, страдающих недержанием мочи или кала. После этого она готовит всё необходимое для уборки помещения.

Перед завтраком пациентов младшая медицинская сестра переодевается и тщательно моет руки. Во время завтрака она помогает палатной медицинской сестре кормить пациентов. После завтрака младшая медицинская сестра приступает к уборке палат. К обходу врача в палате должно быть чисто.

После обеда младшая медицинская сестра проводит влажное подметание с дезинфицирующим раствором и проветривание. В зависимости от сезона во время дневного сна желательно оставлять открытыми фра-

муги или форточки. Младшая медицинская сестра должна следить, чтобы в это время (во время «тихого часа») было тихо: запрещены все виды уборки, громкие разговоры, хождение, хлопанье дверями, телефонные разговоры. Сон пациента не должен нарушаться: он помогает ослабленному организму восстановить силы. После сна младшая медицинская сестра поит пациентов чаем.

После ужина младшая медицинская сестра протирает пол влажной тряпкой, проветривает палату, помогает палатной медицинской сестре выполнять вечерние назначения (ставить клизмы, подмывать тяжелобольных и др.). Затем она укрывает тяжелобольных одеялом и выключает свет в палатах.

После отхода пациентов ко сну младший медперсонал должен наблюдать за сном пациентов, особенно тяжёлых и беспокойных пациентов.

Общая оценка состояния пациента

Для общей оценки состояния пациента медицинская сестра должна определить следующие показатели.

- Общее состояние пациента.
- Положение пациента в постели.
- Состояние сознания пациента.
- Антропометрические данные.

Общее состояние пациента

Оценку общего состояния (степени тяжести состояния) осуществляют после комплексной оценки пациента (с применением как объективных, так и субъективных методов исследования). Общее состояние может быть определено следующими градациями.

- Удовлетворительное.
- Средней тяжести.
- Тяжёлое.
- Крайне тяжёлое (преагональное).
- Терминальное (агональное).
- Состояние клинической смерти.

Степень тяжести состояния пациента обуславливается комплексом структурно-функциональных изменений жизненно важных органов и определяет показания к госпитализации, способ транспортировки пациента, необходимый объём лечебных и диагностических мероприятий и вероятный прогноз (исход) заболевания (табл. 3-3).

Таблица 3-3. Определение степени тяжести общего состояния пациента

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
1. Сознание	Ясное	Ясное, иногда оглушенное	Ясное, иногда оглушенное, больной стонет, просит о помощи; в ряде случаев — угнетенное сознание (оглушение [торпор], сонор), возможен бред	Как правило, резко угнетено (до комы), редко — ясное
2. Положение	Активное	Вынужденное или активное; сохранена способность к самообслуживанию	Пассивное или вынужденное; неспособность к самообслуживанию; больной нуждается в постоянном уходе; возможно психомоторное возбуждение	Пассивное; в ряде случаев — двигательное возбуждение, общие судороги
3. Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Возможна высокая лихорадка	Возможны гиперпиретическая лихорадка либо, наоборот, гипотермия	Различная

Продолжение табл. 3-3

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
4. Состояние кожи и подкожной жировой клетчатки	В пределах нормы	Отмечаются распространенные отеки подкожной клетчатки; возможны выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз	Возможна анасарка; отмечаются «меловая» бледность кожных покровов или выраженный цианоз	Лицо мертвенно бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями пота («лицо Гиппократ»)»
5. Состояние сердечно-сосудистой системы	В пределах нормы (ЧСС 60–90 в минуту, АД 110–140/60–90 мм рт.ст.)	Тахикардия (ЧСС более 90 в минуту) или брадикардия (ЧСС менее 60 в минуту), могут наблюдаться нарушения ритма сердца, повышение АД (более 140/90 мм рт.ст.) или снижение АД (менее 110/60 мм рт.ст.)	Нитевидный пульс, значительное понижение АД, может быть и значительное повышение АД	Пульс определяется только на сонных артериях; АД может не определяться
6. Число дыхательных движений (ЧДД)	16–20 в минуту	Более 20 в минуту	Выраженное тахипноэ (до 40 в минуту и более)	Достигает 60 в минуту

Продолжение табл. 3-3

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
7. Другие симптомы	Симптомы основного заболевания	Возможны рвота, выраженная диарея, признаки желудочно-кишечного кровотечения. Существует вероятность быстрого прогрессирования заболевания и развития опасных для жизни осложнений	Возможны неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита, массивного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», черный жидкий стул — мелена)	При тотальном отеке легких — клочковатое дыхание, изо рта выделяется пенная розового цвета мокрота; могут определяться нарушения глубины и ритма дыхания («большое дыхание» Куссмауля, периодическое дыхание Чейна—Стокса и др.)
8. Функции жизненно важных органов	Относительно компенсированы	Декомпенсированы, однако это не представляет непосредственной опасности для жизни больного	Декомпенсация представляет опасность для жизни больного или может привести к глубокой инвалидности	Резкое нарушение основных жизненно важных функций организма

Окончание табл. 3-3

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
9. Характер заболевания	Как правило, легкие формы течения болезни, период выздоровления после острых заболеваний, стихание обострений хронических процессов	Заболевания с выраженными субъективными и объективными проявлениями	Осложнения течения заболевания с ярко выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями	Резкое обострение заболевания, опасные для жизни острые осложнения заболевания
10. Медицинская тактика	Общие показания для госпитализации	Пациенты нуждаются, как правило, в оказании неотложной доврачебной помощи и госпитализации	Необходима срочная госпитализация; как правило, лечение проводят в условиях палаты интенсивной терапии	Лечение (как правило) в условиях реанимационного отделения

При терминальном состоянии сознание угасает, мышцы расслаблены, рефлексы исчезают, роговица мутная, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются (но на ЭКГ регистрируют электрическую активность сердца). Дыхание редкое периодическое. Такое состояние (агония) длится от нескольких минут до нескольких часов.

Клиническая смерть — пограничное между смертью и жизнью состояние, когда отсутствуют видимые признаки жизни (сердечная деятельность, дыхание), угасают функции нервной системы, но продолжают обменные процессы в тканях. На ЭКГ регистрируют изоэлектрическую линию (прямую линию) или беспорядочные волны фибрилляции желудочков. Продолжительность состояния клинической смерти составляет несколько минут (5–6), и своевременно начатые реанимационные

мероприятия могут вернуть человека к жизни. Непосредственно перед смертью у пациента могут развиваться судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация.

Биологическая смерть — необратимое прекращение физиологических процессов в органах и тканях, при котором реанимация невозможна. Биологическую смерть устанавливает врач при констатации следующих признаков: отсутствие спонтанных движений, сокращений сердца и пульса на крупных артериях, дыхания, реакции на болевые раздражители, роговичного рефлекса (роговичный рефлекс — непроизвольное смыкание век при прикосновении к роговице). Регистрируют максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет. Абсолютно достоверными признаками биологической смерти являются:

- снижение температуры тела до 20 °С;
- появление трупных пятен;
- появление мышечного окоченения.

Положение пациента в постели

Варианты положения пациента в постели:

- активное — пациент произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей;
- пассивное — пациент неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати, также при бессознательном состоянии пациента;
- вынужденное — пациент принимает позу, облегчающую его состояние (табл. 3-4).

Состояние сознания

Обычно сознание ясное, но могут быть и его нарушения (расстройства).

Нарушения сознания. Нарушения, или расстройства, сознания, — это общее название расстройств интегративной деятельности головного мозга (т.е. расстройства отражения окружающей среды), выражающихся в нарушении способности:

- 1) адекватно воспринимать;
- 2) осмысливать;
- 3) реагировать на окружающую обстановку;
- 4) ориентироваться в ней;
- 5) вступать в речевой контакт;
- 6) совершать произвольные целесообразные поведенческие акты.

Таблица 3-4. Некоторые варианты вынужденного положения пациента

Характер вынужденного положения	Заболевание (синдром)	Причины облегчения состояния
Ортопноэ — положение сидя или в кровати с приподнятым головным концом	Сердечная недостаточность	Уменьшение одышки за счёт депонирования крови в органах брюшной полости и нижних конечностях
Положение сидя, опираясь руками о край кровати	Приступ бронхиальной астмы	Мобилизация вспомогательных дыхательных мышц
Лёжа на больном боку	Сухой плеврит	Ограничение трения друг о друга плевральных листков поражённой стороны
Лёжа на здоровом боку	Перелом рёбер	Если пациент лежит на больном боку, сломанные рёбра прижимаются, сильнее трется друг о друга, поэтому боль усиливается
Лёжа на животе	Опухоль поджелудочной железы	Уменьшение давления увеличенной поджелудочной железы на солнечное сплетение

Нарушения сознания возникают вследствие поражения головного мозга (травма, инсульт), метаболических нарушений (гипоксия, гипогликемия, почечная или печеночная недостаточность), интоксикаций, а также психических заболеваний.

Нарушения, или расстройства, сознания классифицируются: 1) на количественные и 2) качественные (рис. 3-1).

Количественные нарушения сознания

Количественные нарушения сознания (или угнетение сознания) характеризуются уменьшением реактивности пациента в виде снижения речевых и двигательных реакций на внешние стимулы. Это так называемые непродуктивные формы, характеризующиеся дефицитом психической активности и снижением уровня бодрствования, угнетением интеллектуальных функций и двигательной активности.

Ясному сознанию (как известно) соответствует адекватная, дифференцированная реакция на сложные стимулы, а коме — полная ареактивность. Между ними лежит непрерывный спектр количественных на-

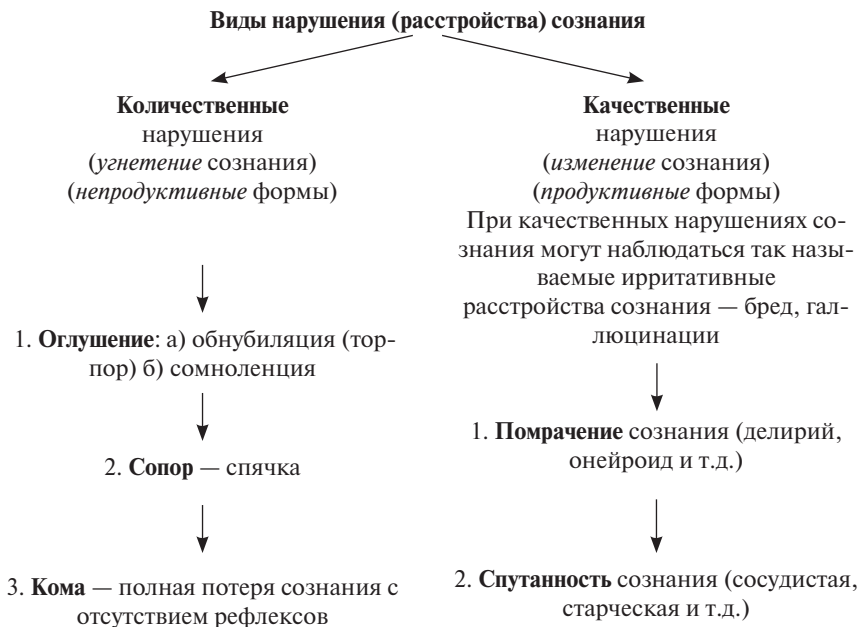


Рис. 3-1. Виды нарушения (расстройства) сознания

рушений (угнетения) сознания, в котором выделяются: 1) оглушение; 2) сопор; 3) кома (табл. 3-5).

1. Оглушение, или торпор (от англ. *torpor* — 1) безразличие, апатия; 2) онемелость; 3) тупость), — форма угнетения сознания, характеризующаяся повышением порога всех внешних раздражителей. Пациент плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запаздыванием, замедленно, но разумно. Пациент как бы равнодушен к своему состоянию. Оглушение может быть умеренным (обнубиляция) и глубоким (сомноленция).

Обнубиляция (от лат. *obnubila* — облачко, *obnubilation* — затемнение) — наиболее легкая степень оглушения — так называемое облако-видное нарушение сознания (перемежающаяся легкая степень). Характерны: повышение порога восприятия, затруднение и замедление всех психических процессов, наблюдаются колебания состояния пациента в виде кратковременных периодов ясного сознания. При ухудшении состояния обнубиляция сменяется сомнолентностью.

Таблица 3-5. Состояние сознания пациента

Состояние сознания	Характеристика состояния
Ясное	Адекватная реакция на окружающую обстановку
Торпор (оглушение, от англ. <i>torpor</i> — безразличие, апатия, тупость)	Пациент «спит», плохо ориентируется в пространстве, находится в сонливом состоянии (возможно непроизвольное отхождение мочи и кала), реакция на словесные и болевые раздражения ослаблена
Сопор (от лат. <i>sopor</i> — беспмятство)	Глубокая стадия оглушения, пациент не реагирует на словесное обращение, однако реакция на болевое раздражение сохранена (субкома)
Кома (от греч. <i>koma</i> — глубокий сон)	Полная потеря сознания, утрата реакции на внешние раздражители, непроизвольное отхождение мочи и кала

Сомнолентность (от лат. *somnolentis* — сонливость) — патологическая сонливость, непреодолимая потребность заснуть среди дня, в сочетании со снижением активности, замедленностью течения психических процессов, ослабленностью мышечного тонуса. Пациент находится как бы в глубоком сне, из которого его с трудом можно вывести и в который он тотчас же снова впадает. На вопросы отвечает, но ответы обыкновенно неосмысленные. Сомнолентность может сопутствовать различным видам патологии — замерзанию, переутомлению и др., быть проявлением дыхательных расстройств (в том числе так называемого пиквикского синдрома), энцефалитов, микседемы, сахарного диабета и др. заболеваний [синоним сомнолентности — гиперсомния (гипер... + лат. *somnus* — сон)].

Большинство авторов первую степень угнетения сознания называют не торпором, а ступором. Однако ступор, т.е. оцепенение (от англ. *stupor* — оцепенение, остолбенение) — это нарушение в двигательной сфере, расстройство волевой деятельности. Например, кататонический ступор (от греч. *katateino* — стягивать, напрягать) — это психическое расстройство с преобладанием нарушений в двигательной сфере. Кататония может наблюдаться при инфекционных, интоксикационных психозах и при шизофрении (например, симптом «воздушной подушки»). Существуют кататония с онейроидом (форма помрачения сознания) (от греч. *oneiros* — сновидение) — наплыв бредовых представлений.

Некоторые авторы (Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, 2002) ступор относят к угнетению сознания «с оговоркой» — это ступор с онейроидом*, другие (А.Л. Гребенев, 2001) считают ступор и оглушение тождественными понятиями.

2. Сопор, или отупение, спячка (от лат. *sopor* — беспамятство, бесчувственность) — глубокая стадия угнетения сознания. При сопоре словесный и речевой контакт с пациентом отсутствует, отсутствуют реакции на словесное обращение (!). Однако сохранены реакции (например, открывание глаз) на болевые, звуковые раздражители. Из сопора (спячки) больной выходит на короткое время при громком оклике или тормошении.

3. Кома (от греч. *koma* — сон, дремота, глубокая спячка) — угрожающее жизни состояние глубокого угнетения функций ЦНС. Сознание и реакции на внешние раздражители (болевые и др.) полностью отсутствуют. Полное мышечное расслабление, утрата рефлексов. Регуляции жизненно важных функций (дыхания, кровообращения) нарушены, но сохранены. Таким образом, при коме имеется полная потеря сознания, чувствительности и движений. Кома может быть умеренной, глубокой, терминальной. При отсутствии прямых анамнестических указаний на причину комы дифференциация комы бывает очень трудна.

Различают кому: уремическую, печеночную, диабетическую (кетоацидотическую [гипергликемическую], гипогликемическую), апоплексическую, алкогольную, кому при черепно-мозговой травме.

Кома может развиваться быстро (как, например, апоплексическая — при кровоизлиянии в мозг у больного гипертонической болезнью, а также гипогликемическая — при передозировке инсулина у больных сахарным диабетом) или постепенно, проходя стадии оглушения и сопора (как, например, диабетическая кетоацидотическая (гипергликемическая), кома — при недостаточной дозе вводимого инсулина у больных сахарным диабетом, уремическая — при хронической почечной недостаточности, печеночная — при циррозах печени).

Важно не совершить ошибку в «распознавании» алкогольной комы (при наличии запаха алкоголя изо рта у пациента, находящегося в бессознательном состоянии), «за которой» может маскироваться черепно-мозговая травма. При этом важно провести ощупывание костей черепа, неврологическое обследование пациента, исследовать концентрацию этилового спирта в крови.

* Онейроид относится к качественным нарушениям сознания, так называемому помрачению сознания (от греч. *oneiros* — сновидение, наплыв бредовых представлений).

Качественные нарушения сознания

Качественные нарушения сознания — это так называемые продуктивные формы. К качественным нарушениям сознания относят помрачение сознания и спутанность сознания. При качественных нарушениях сознания могут наблюдаться бред, галлюцинации.

1. Помрачение сознания характеризуется преимущественно продуктивными симптомами — бредом, галлюцинациями. При бреде поведение пациента может быть возбуждённым (так называемый «буйный» бред), например, при воспалении лёгких, алкогольном опьянении, или спокойным (так называемый «тихий» бред), например при тифе.

Бред, галлюцинации называются также ирритативными (от лат. *irritation* — возбуждение, раздражение) расстройствами сознания (присходит возбуждение центральной нервной системы).

Варианты помрачения сознания — делирий, онейроид и др.

2. Спутанность сознания часто возникает как при психических заболеваниях, так и при очаговых или диффузных поражениях головного мозга, метаболических расстройствах, интоксикациях, передозировке лекарств, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, а также после выхода из комы.

Она также характеризуется наличием бреда, галлюцинаций, сочетанием отдельных элементов различных синдромов (делирия, аменции (безумия)).

Продуктивные формы нарушения сознания — ирритативные нарушения сознания у соматических пациентов могут проявляться бредовыми состояниями, что может быть обусловлено интоксикацией центральной нервной системы (например, при пневмонии) или ее гипоксией (например, при инфаркте миокарда). Незнание этого факта может привести к диагностическим ошибкам. Так, пациента с центральной пневмонией (при которой при аускультации изменений может не быть) с наличием бреда могут расценивать только как психического больного (т.е. пневмония не распознаётся). Непредсказывание возможного развития бреда у пациента с инфарктом миокарда и неорганизация индивидуального сестринского поста могут стоить жизни такому пациенту.

Антропометрия

Если пациент находится в удовлетворительном состоянии, проводят антропометрию. Антропометрия (от греч. *anthropos* — человек, *metreo* — измерять) — оценка морфологических особенностей тела человека путём измерения ряда параметров: роста, массы тела, внешних форм

тела (размеров черепа, окружности груди, шеи, плеч, предплечий, бедер, голеней), а также ряда функциональных показателей (жизненной емкости легких, силы мышц и др.). При этом измерительные признаки выражаются в числах, описательные (например, цвет глаз, форма грудной клетки, живота и др.) устанавливаются при их сличении с имеющимися эталонами (таблицами, графиками, моделями). В более узком смысле антропометрия включает следующие основные (обязательные) параметры — рост, массу тела, окружность грудной клетки, окружность талии и окружность бедер. Медицинская сестра регистрирует необходимые антропометрические показатели на титульном листе медицинской карты стационарного больного. При проведении измерений палатной медицинской сестрой в отделении результаты измерений фиксируют в температурном листе.

Известно, что для стратификации общего сердечно-сосудистого риска используют в том числе такие факторы, как ожирение (индекс массы тела, ИМТ ≥ 30 кг/м²) и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин для лиц европейской расы) (Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013). Для классификации избыточного веса и ожирения традиционно используют индекс массы тела (индекс Кетле) — отношение массы тела (кг) к росту (м²). В 1997 г. ВОЗ утвердила индекс массы тела в качестве стандартного международного индекса, характеризующего телосложение, и стала рассматривать его как один из пяти основных показателей жизнедеятельности человека наряду с АД, частотой сердечных сокращений (ЧСС), частотой дыхательных движений (ЧДД) и температурой тела. ВОЗ предложила классификацию типов массы тела по ИМТ и определила связанный с каждым типом массы тела соответствующий риск развития заболеваний, связанных с ожирением (табл. 3-6).

Следует понимать, что при высоком ИМТ наличие факторов рисков и (или) коморбидных состояний увеличивает риск развития заболеваний (табл. 3-7).

В настоящее время при оценке риска развития заболеваний используют также типы распределения жировой ткани при ожирении: центральный (абдоминальный, андройдный) тип ожирения (распределение подкожного жира в верхней и центральной частях тела — преимущественно в области шеи, щек, плеч, грудной клетки, верхней части живота) и периферический (бедренный, гиноидный) тип ожирения (в нижней части тела — преимущественно в области нижней части живота, тазового пояса, ягодиц, бедер). Выявлена четкая взаимосвязь типа рас-

пределения жировой ткани с частотой развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, атеросклероза, метаболического синдрома. Установлено, что наличие центрального ожирения более значимо, чем изменение ИМТ, в прогнозировании развития инсулинорезистентности и сердечно-сосудистых заболеваний (Манджони С., 2014). Тип распределения жировой ткани определяют по окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ) и отношению окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ).

Таблица 3-6. Классификация типов массы тела по ИМТ и риск развития связанных с ожирением заболеваний (ВОЗ, 1997)

ИМТ, кг/м ²	Тип массы тела	Риск развития заболевания
Менее 18,5	Дефицит массы тела	Низкий
18,5–24,9	Нормальная масса тела	Обычный
25,0–29,9	Избыточная масса тела (предожирение)	Повышенный
30,0–34,9	Ожирение I степени	Высокий
35,0–39,9	Ожирение II степени	Очень высокий
Более 40,0	Ожирение III степени	Чрезвычайно высокий

Таблица 3-7. Риск для здоровья (Манджони С., 2014)

Категория ИМТ	Риск для здоровья на основании только ИМТ	Риск с учетом коморбидных состояний и (или) факторов риска
19–24	Минимальный	Низкий
25–26	Низкий	Умеренный
27–29	Умеренный	Высокий
30–34	Высокий	Очень высокий
35–39	Очень высокий	Чрезвычайно высокий
40 и более	Чрезвычайно высокий	Чрезвычайно высокий

Измерение роста пациента

Необходимое оснащение

- Ростомер.
- Салфетки одноразовые (желательно).

Порядок выполнения процедуры

1. Подложить на площадку ростомера (под ноги пациента) сменную салфетку.

2. Поднять планку ростомера и предложить пациенту встать (без обуви!) на площадку ростомера.
3. Поставить пациента на площадку ростомера; к вертикальной планке ростомера должны плотно прилегать затылок, позвоночник в области лопаток, крестец и пятки пациента; голова должна быть в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
4. Опустить планку ростомера на темя пациента и определить по шкале рост пациента по нижнему краю планки.
5. Помочь пациенту сойти с площадки ростомера и убрать салфетку.

Определение массы тела пациента

Необходимое оснащение

- Медицинские весы.
- Салфетки одноразовые.

Измерять массу тела пациента следует утром, после посещения им туалета (после освобождения кишечника и опорожнения мочевого пузыря), до завтрака.

Порядок выполнения процедуры.

1. Подложить на площадку весов (под ноги пациента) сменную салфетку.
2. Открыть затвор весов и отрегулировать их: уровень коромысла весов, на котором все гири находятся в «нулевом положении», должен совпадать с контрольной отметкой — «носиком» весов в правой части весов.
3. Закрыть затвор весов и предложить пациенту встать (без обуви!) в центр площадки весов.
4. Открыть затвор и определить массу тела пациента, передвигая гири на двух планках коромысла до тех пор, пока коромысло не встанет вровень с контрольной отметкой медицинских весов.
5. Закрыть затвор.
6. Помочь пациенту сойти с весов и убрать салфетку.
7. Записать данные измерения.

В настоящее время всё большее распространение получают электронные весы (с дискретностью 50–100 г), имеющие совмещённый с платформой дисплей (или выносной блок дисплея).

В клинической практике широко применяют расчёт так называемого индекса массы тела, или индекса Кетле, который в определённом

смысле можно считать массо-ростовым показателем. ИМТ вычисляется по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / [\text{рост (м)} \times \text{рост (м)}].$$

Определение окружности грудной клетки

Необходимое оснащение

- Измерительная мягкая сантиметровая лента.
- 70% раствор спирта.

Порядок выполнения процедуры

1. Поставить пациента в удобное для измерения положение (измерять по возможности стоя).
2. Наложить измерительную ленту следующим образом: сзади туловища — на уровне нижних углов лопаток, спереди — у мужчин на уровне сосков, у женщин — на уровне IV ребра над молочными железами.
3. Снять показания с сантиметровой ленты во время обычного дыхания («покоя»), и при необходимости допуская движение сантиметровой ленты — при максимальном вдохе и выдохе пациента.
4. Прозеинфицировать спиртом измерительную ленту.

Определение окружности талии (ОТ)

Необходимое оснащение

- Измерительная мягкая сантиметровая лента.
- 70% раствор спирта.

Порядок выполнения процедуры

1. Поставить пациента в удобное для измерения положение (измерять по возможности стоя).
2. Наложить измерительную ленту посередине условной (вертикальной) линии, мысленно проведенной между нижним ребром и гребнем подвздошной кости — это положение сантиметровой ленты соответствует наименьшему обхвату талии.
3. Снять показания с сантиметровой ленты во время выдоха пациента.
4. Прозеинфицировать спиртом измерительную ленту.

Определение окружности бедер (ОБ)

Необходимое оснащение

- Измерительная мягкая сантиметровая лента.
- 70% раствор спирта.

Порядок выполнения процедуры

1. Поставить пациента в удобное для измерения положение (измерять по возможности стоя).

2. Наложить измерительную ленту в области наиболее полной части ягодиц.

3. Снять показания с сантиметровой ленты.

4. Продезинфицировать спиртом измерительную ленту.

Чтобы рассчитать отношение ОТ/ОБ, необходимо разделить полученное значение ОТ на полученное значение ОБ. При абдоминальном ожирении окружность талии ≥ 102 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин. Пороговое значение ОТ/ОБ (чем больше — тем хуже для реализации риска) для мужчин составляет 0,83, для женщин — 0,9. Окружность талии в большей степени свидетельствует об отложении жировой ткани в области живота, оба же показателя, взятые в их соотношении (ОТ/ОБ), лучше отражают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем ИМТ, причем оценка риска развития инфаркта миокарда по ОТ/ОБ, в сравнении с оценкой риска по ИМТ, приводит к увеличению численности группы риска втрое (Манджони С., 2014).

Типы телосложения

При исследовании человека определяют так называемый конституциональный тип, или конституцию человека. Конституцией (от лат. *constitutio* — установление, организация) называют совокупность морфологических и функциональных особенностей человека, возникшую на основе наследственных и приобретённых свойств и определяющую реактивность организма. В практической медицине конституциональный тип фактически оценивают по телосложению человека. Телосложение — одно из проявлений конституции. Многовековой опыт медицины позволил врачам связывать структурные особенности организма, которые лежат в основе распознавания того или иного конституционального типа телосложения, с предрасположенностью к тем или иным заболеваниям.

Известны три конституциональных типа (типа телосложения).

- **Нормостенический тип конституции.** Телосложение нормостеников характеризуется пропорциональным, правильным (наиболее распространённым) соотношением размеров тела в длину и ширину, надчревный угол у них прямой (примерно равен 90°).
- **Астенический тип конституции** (от греч. *asthenes* — слабый; от *a* — отрицание, + *sthenos* — сила). Астеническая конституция человека выражается в относительном преобладании продольных размеров тела над поперечными (в сравнении с соотноше-

нием продольных и поперечных размеров тела у нормостеников). Такие люди обычно худые, конечности и грудная клетка у них удлинены, надчревный (эпигастральный) угол острый; они склонны к развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, туберкулёза лёгких.

- Гиперстенический тип конституции. У гиперстеников отмечают относительно большее преобладание поперечных размеров тела над продольными (в сравнении с соотношением поперечных и продольных размеров тела у нормостеников), грудная клетка широкая, надчревный угол тупой. Эти люди склонны к нарушениям обмена веществ (жирового, углеводного), страдают ожирением, подагрой, атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОСТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Круг обязанностей палатной медицинской сестры широк и зависит в том числе от категории и профиля того стационара, где она работает. Медицинская сестра несёт непосредственную ответственность за выполнение врачебных назначений, соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов, правильное оформление и ведение медицинской документации, соблюдение пациентами и их посетителями правил внутреннего распорядка больницы. В соответствии с этим работа сестринского поста должна быть чётко организована в жёстких временных рамках (табл. 3-8).

Таблица 3-8. Примерный план работы поста медицинской сестры терапевтического отделения

Время	Обязанности
7:00	Медицинская сестра будит пациентов, включает свет в палатах и отделении, проводит термометрию
7:00–7:30	Оформление медицинской документации — листа учёта пациентов (сводки движения пациентов), требования на питание пациентов (порционника), журнала назначений постовой медицинской сестры (инструментальные и лабораторные исследования, консультации специалистов и пр.)

Окончание табл. 3-8

Время	Обязанности
7:30–8:00	Мероприятия по уходу за пациентами, проветривание палат, направление биологического материала пациентов на анализы
8:00–8:15	Конференция («планёрка», «пятиминутка») заведующего отделением и старшей медицинской сестры с врачами и медицинскими сестрами
8:15–8:30	Сдача медицинской сестрой дежурства дневной смене
8:30–9:00	Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
9:00–9:30	Раздача завтрака вместе с младшим медицинским персоналом, кормление тяжелобольных
9:30–11:00	Участие во врачебном обходе (по возможности)
11:00–13:00	Выполнение врачебных назначений (подготовка и сопровождение пациентов для лечебно-диагностических процедур, уход за тяжелобольными и др.)
13:00–13:30	Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
13:30–14:30	Раздача обеда вместе с младшим медицинским звеном, кормление тяжелобольных
14:30–16:30	«Тихий час» у пациентов; контроль за состоянием тяжелобольных и соблюдением лечебно-охранительного режима в отделении
16:30–16:50	Передача медицинской сестрой поста ночной смене
16:50–17:30	Термометрия, проветривание палат
17:30–19:00	Посещение пациентов родственниками; контроль за посещением пациентов родственниками и соответствием приносимых ими продуктов лечебному режиму отделения
19:00–19:30	Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
19:30–20:00	Раздача ужина вместе с младшим медицинским персоналом, кормление тяжелобольных
20:00–21:30	Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
21:30–22:00	Мероприятия по уходу за пациентами (вечерний туалет у тяжелобольных, смена постели, обработка полости рта и пр.)
22:00–7:00	Обход отделения, контроль за состоянием пациентов, при необходимости — оказание экстренной доврачебной помощи и вызов дежурного врача

Приём и сдача дежурств

Приём и сдача медицинской сестрой поста — один из важнейших аспектов её работы.

В случае неявки следующей смены медицинская сестра не имеет права покидать пост.

Порядок приёма и сдачи дежурства

Обход палат: знакомство со вновь поступившими пациентами, оценка состояния тяжелобольных (сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену медицинской сестре об изменениях в состоянии пациентов), проверка санитарного состояния помещений терапевтического отделения. Передача срочных и невыполненных назначений: сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену об объёме врачебных назначений — что было выполнено, какие назначения предстоит выполнить.

- Передача лекарственных препаратов (обе медицинские сестры расписываются в журнале учёта наркотических и сильнодействующих средств), медицинских инструментов и предметов по уходу, ключей от сейфа с лекарственными препаратами.
- Передача медицинской документации поста. Обе медицинские сестры подписываются в журнале приёма и сдачи дежурств.

Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения пациентов, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Основные виды сестринской медицинской документации

- Журнал движения пациентов: регистрация поступления и выписки пациентов.
- Процедурный лист: лист врачебных назначений.
- Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние пациента — температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.

- Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача — лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
- Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
- Журнал передачи ключей от сейфа.
- Требование на питание пациентов (порционник) должен содержать сведения о количестве пациентов на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости — дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
- Журнал приёма и сдачи дежурств: в нём регистрируют общее число пациентов, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжёлобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Строгое выполнение всех требований по поддержанию санитарно-эпидемиологического режима в терапевтическом отделении выступает обязательным условием профилактики внутрибольничной инфекции, предупреждения размножения патогенных микроорганизмов и распространения насекомых (тараканов, постельных клопов, мух) и грызунов.

Внутрибольничная инфекция

Внутрибольничная (нозокомиальная (от греч. *nosokomeion* — больница), госпитальная) инфекция — заболевание инфекционной природы, развившееся у пациента во время его пребывания в стационаре (лечебно-профилактическом учреждении) через 48 ч после поступления или вскоре после выписки (также в течение 48 ч), а также у медицинского работника, занимающегося в больнице лечением и уходом за пациентом.

Контингент лиц, у которых возможно развитие нозокомиальной инфекции:

- 1) стационарные пациенты (инфицирование в больнице);
- 2) пациенты, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения: дневной стационар, диспансер, консультативный центр, поликлинику, а также вызывавшие скорую помощь и пр.;

3) медицинский персонал: инфицирование при оказании помощи пациентам в стационаре и других лечебно-профилактических учреждениях.

В условиях стационара могут развиваться следующие инфекционные заболевания.

- Гнойно-септические инфекции: пиодермиты.
- Детские инфекции: корь, скарлатина, краснуха, дифтерия, эпидемический паротит и др.
- Вирусные инфекции: грипп, вирусные гепатиты В, С, D, ВИЧ и др.
- Кишечные инфекции: сальмонеллёз, амебиаз, шигеллёзы и др.
- Особо опасные инфекции: сибирская язва, чума, брюшной тиф и др.

Основными возбудителями внутрибольничной инфекции выступают следующие патогены.

- Облигатная (от лат. *obligatus* — обязательный) патогенная микрофлора: микроорганизмы, вызывающие детские инфекции — корь, дифтерию, скарлатину, краснуху, эпидемический паротит и др., кишечные инфекции — сальмонеллёз и др., гепатиты В, С и пр.
- Условно-патогенная микрофлора: золотистый стафилококк, стрептококки, синегнойная палочка, кишечная палочка и пр.
- Цитомегаловирусы, простейшие.

Источниками внутрибольничной инфекции являются медицинский персонал и сами пациенты, причём источником микроорганизмов могут быть руки, кишечник, мочеполовая система, носоглотка, волосы и кожные покровы, полость рта и пр. Дополнительно микроорганизмы могут поступать из окружающей среды: с инструментарием — особенно опасны в этом отношении изделия из резины, например катетеры, дренажные трубки; через оборудование, например ингаляторы, ионизаторы, а также лекарственные средства, продукты питания, пыль, воду и пр.

Инфекция передаётся при реализации воздушно-капельного (аэрозольного), контактно-бытового и артифициального* механизмов передачи. Основные группы риска развития внутрибольничной инфекции: 1) пациенты, которым показано большое количество лечебно-диагностических процедур; 2) пациенты с хроническими заболеваниями; 3) пациенты пожилого возраста; 4) пациенты с ослабленным иммунитетом.

* Артифициальный (от лат. *artificium* — искусство) механизм (искусственный механизм) — передача инфекции при несоблюдении правил её профилактики во время выполнения лечебных, диагностических и других процедур.

Основные правила профилактики внутрибольничной инфекции

- Своевременное и правильное использование (в том числе хранение) защитной одежды.
- Адекватная обработка рук медицинского персонала.
- Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в приёмном отделении: правильная санитарно-гигиеническая обработка, осмотр на наличие педикулёза, термометрия и пр.
- Санитарно-гигиеническая обработка и контроль за личной гигиеной пациентов (в том числе за сменой белья) в отделениях.
- Дезинфекция предметов медицинского назначения.
- Соблюдение санитарного режима питания: своевременная санитарно-гигиеническая обработка и оснащение буфетных и раздаточных помещений, в том числе соблюдение правил удаления пищевых отходов и сроков реализации предметов питания.
- Активное выявление пациентов с подозрением на инфекционное заболевание и соблюдение сроков наблюдения за контактными пациентами.

Защитная одежда медицинского персонала

- Маска: может быть изготовлена из четырёх слоёв марлевой ткани либо из специального нетканого материала — тем не менее эффективность защиты от воздушно-капельной инфекции с помощью обычной маски составляет около 10%. В современных многослойных масках одним из слоёв является полипропиленовый фильтр, обеспечивающий фильтрацию на 99%.
 - Защитные очки и щитки: защита от попадания на лицо медицинского работника биологического материала пациентов — крови, слюны и пр.
 - Перчатки: защита от контакта с биологическим материалом — кровью, слюной, мочой, калом и пр.
- В нашей стране широко используются опудренные латексные перчатки. Однако необходимо указать, что при их использовании существует опасность аллергии как на протеины, содержащиеся в натуральном латексе, так и на различные химические добавки — вулканизаторы, катализаторы, антиоксиданты. Пудра, традиционно применяемая для облегчения надевания перчаток, из-за своей абразивности может вызвать контактный (неаллергический) дерматит, а также усилить реакции на протеины латекса (она может перемещать по воздуху латексные аллергены). В настоящее время всё шире используют неопу-

дренные перчатки, поверхность которых обрабатывается силиконом, что облегчает их надевание и создаёт дополнительную защиту от крови пациентов.

- Альтернативой перчаток из латекса являются синтетические перчатки, создаваемые из полимерных материалов: неопрена, полиуретана, винила и нитрила. Эти перчатки, не уступая натуральному латексу по физическим параметрам (упругость, эластичность, прочность), не содержат протеинов и химических катализаторов, т.е. являются гипоаллергенными. Они легко надеваются благодаря внутреннему уретановому иономерному покрытию, обеспечивают комфорт и удобство, так как снижают усталость и потливость рук, имеют лучшую по сравнению с латексными перчатками устойчивость к натяжению, проколам и влиянию спирта.
- Халат, фартук (в том числе и из материала СМС): профилактика передачи инфекции при уходе за пациентом.

Дезинфекция

Дезинфекция (от лат. *de* — приставка, означающая прекращение, устранение, *inficio* — заражать; син.: обеззараживание) — комплекс мер по уничтожению вегетирующих форм* патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Существует два основных направления дезинфекции:

- профилактическая дезинфекция — предупреждение внутрибольничных инфекций;
- очаговая дезинфекция — обеззараживание в выявленном очаге инфекции.

Дезинфекцию можно осуществлять четырьмя методами: механическим, физическим, химическим и комбинированным (табл. 3-9).

Таблица 3-9. Методы дезинфекции

Метод	Характеристика
Механический	Влажная уборка помещений. Освобождение помещений от пыли (пылесос, окраска и побелка). Освобождение предметов одежды и постельных принадлежностей от пыли (выбивание). Мытьё рук.

* Уничтожение как вегетирующих форм микроорганизмов, так и их спор обеспечивается другим воздействием — стерилизацией.

Окончание табл. 3-9

Метод	Характеристика
Физический	Проглаживание горячим утюгом, прокаливание. Использование солнечных лучей. Ультрафиолетовое облучение. Обработка кипятком, кипячение; кипячение в дистиллированной воде в течение 30 мин и с добавлением натрия гидрокарбоната в течение 15 мин. Пастеризация. Обработка в сухожаровом шкафу (воздушный метод). Обработка паром (паровой метод под избыточным давлением). Сжигание мусора
Химический	Обработка ветоши и медицинских инструментов с помощью дезинфицирующих средств: орошение, протирание, полное погружение, распыление
Комбинированный (с использованием специальных дезинфекционных камер)	Паровоздушный (прогревание горячим паром до температуры 110 °С при избыточном давлении), пароформалиновый (прогревание горячим паром до температуры 90 °С при избыточном давлении с добавлением в камеру формальдегида)

Применение в лечебных учреждениях дезинфицирующих средств регламентируется Государственной системой санитарно-эпидемиологического нормирования (табл. 3-10).

Таблица 3-10. Основные группы дезинфицирующих средств, применяемых в лечебных учреждениях России

Группы	Средства
Альдегидсодержащие	Формальдегид, «Септодор», «Гигасепт ФФ» и др. (применяют при дезинфекции изделий из стекла, пластмассы, резины, металла)
Гуанидины	Хлоргексидин, «Демос», полигексаметиленгуанидин (например, «Полисепт») и др.
Кислородсодержащие и средства на основе перекиси водорода	Водорода перекись, «Дезоксон-1», «Дезоксон-4», «Виркон» и др.
Поверхностно-активные вещества	«Аламинол», «Септабик» и др.
Спирты	Этиловый (70%), «Октенисепт» и пр. (применяют при дезинфекции изделий из металла)

Окончание табл. 3-10

Группы	Средства
Фенолсодержащие	«Амоцид»
Хлорсодержащие	Хлорная известь, кальция, натрия гипохлорит, хлорамин Б и др.

Методы дезинфекции медицинских инструментов

К основным методам дезинфекции медицинских инструментов относят их кипячение и погружение в дезинфицирующие растворы.

Метод кипячения. Кипячение рекомендуют для медицинских изделий из стекла, металла, термостойких материалов, резины. Кипятят в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 15 мин.

Метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы.

- 3% раствор хлорамина Б* с погружением медицинских инструментов на 60 мин (для обработки инструментов в туберкулёзных стационарах — в 5% раствор хлорамина на 240 мин).
- 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор — на 90 мин.
- 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин.
- 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

Предстерилизационная очистка медицинских инструментов

Стерилизация (от лат. *sterilis* — бесплодный) — полное освобождение какого-либо вещества или предмета от микроорганизмов путём воздействия на него физическими или химическими факторами. Предстерилизационной очистке должны подвергаться все медицинские изделия многократного использования перед их стерилизацией и (или) дезинфекцией с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Разъёмные изделия подлежат предстерилизационной очистке в разобранном виде в следующем порядке.

- Ополаскивание проточной водой в течение 30 с.
- Замачивание в моющем комплексе («Биолот», «Лотос») при полном погружении изделия в течение 15 мин при температуре 50 °С.

* Для приготовления 3% раствора хлорамина Б нужно растворить 30 г сухого хлорамина Б в 970 мл воды.

- Мойка каждого изделия с помощью ерша, ватно-марлевого тампона или щётки в моющем комплексе в течение 30 с.
- Ополаскивание проточной водой при применении «Биолота-1» в течение 3 мин, «Лотоса-медицинского» в течение 10 мин.
- Выдерживание в дистиллированной воде в течение 30 мин.
- Сушка горячим воздухом при температуре 80–85 °С до полного исчезновения влаги.

Контроль качества предстерилизационной обработки медицинского инструментария

Предстерилизационную обработку считают эффективной, если на изделиях после обработки не обнаружены остаточные количества крови с помощью амидопириновой или азопирамовой пробы.

Раствор для проведения амидопириновой пробы: непосредственно перед проведением пробы смешивают равные количества (по 2–3 мл) 5% спиртового раствора аминифеназона («Амидопирина»), 30% раствора уксусной кислоты и 3% раствора водорода перекиси.

Раствор для азопирамовой пробы: для приготовления 1–1,5% раствора азопирама разводят солянокислый анилин в 95% растворе этилового спирта. Готовый раствор может храниться в плотно закрытом флаконе в темноте в холодильнике в течение 2 мес, при комнатной температуре (18–23 °С) — не более 1 мес. Непосредственно перед пробой готовят рабочий раствор, смешивая равные количества азопирама и 3% водорода перекиси. Рабочий раствор может быть использован в течение 1–2 ч. При более длительном хранении возможно спонтанное окрашивание реактива в розовый цвет. Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать раствор на ярком свете или вблизи нагревательных приборов.

Для проверки пригодности рабочего раствора азопирама 2–3 капли его наносят на кровавое пятно. Если не позже чем через 1 мин появляется фиолетовое окрашивание пятна, переходящее затем в синее, реактив годен к употреблению.

Технология постановки пробы (применяют для многоразовых медицинских инструментов). На нестерильную вату наносят реактив. Через несколько секунд при отсутствии цветовой реакции на вате её протирают поршеньм шприца, цилиндр с наружной стороны, иглы, канюлю. Затем заливают реактив в цилиндр шприца, пропускают его через шприц на другую вату (проверяется цилиндр шприца). После этого на шприце закрепляют иглу, вновь наливают в цилиндр реактив и пропускают его через шприц и иглу (проверяется игла).

Интерпретация результата: при наличии кровяных загрязнений на вате появляется сине-зелёное (положительная амидопириновая проба) или фиолетово-синее (положительная азопирамовая проба) окрашивание.

Если проба положительная, повторный контроль инструментов следует проводить ежедневно до получения 3-кратного отрицательного результата.

Самоконтроль в лечебно-профилактическом учреждении проводят не реже 1 раза в неделю. Контролю подвергают 1% одновременно обрабатываемых изделий одного наименования, но не менее 3–5 единиц. Сотрудники санитарно-эпидемиологической станции контроль качества предстерилизационной очистки проводят 1 раз в квартал.

Дезинфекция помещений, предметов обстановки процедурного кабинета

Её осуществляют путём двукратного протирания ветошью, смоченной в 1% растворе хлорамина Б с моющим средством или в 3% растворе водорода перекиси с моющим средством.

Обработка ветоши:

- 1) погружение в один из растворов (1% раствор хлорамина Б, 0,5% раствор кальция гипохлорита) на 60 мин перед использованием;
- 2) кипячение в 2% содовом растворе в течение 15 мин.

Если предметы обстановки или ветошь загрязнены кровью, следует немедленно перейти на режим обработки с использованием 3% раствора хлорамина Б.

Текущая уборка процедурного кабинета. Её проводят 2 раза в день с применением 1% раствора хлорамина Б. Ультрафиолетовое облучение и проветривание кабинета осуществляют 4 раза в день по 15–20 мин (после уборки помещение следует облучать стационарными или передвижными ультрафиолетовыми лампами).

Генеральная уборка процедурного кабинета. Её выполняют 1 раз в неделю с применением 5% раствора хлорамина Б.

Приготовление рабочих дезинфицирующих хлорсодержащих растворов

Хлорсодержащие дезинфицирующие растворы применяют для обеззараживания различных помещений, туалетов, предметов ухода, по-

суды, выделений пациентов и пр. Приготовление дезинфицирующих растворов должно проводиться централизованно в специально оборудованных помещениях, имеющих приточно-вытяжную вентиляцию.

Необходимое оснащение

- Защитная одежда (длинный халат, шапочка, клеёнчатый фартук, респиратор, защитные очки, резиновые перчатки, сменная обувь).
- Сухая хлорная известь, хлорамин Б (сухой порошок).
- Ёмкости (эмалированные, пластмассовые или из тёмного стекла) для дезинфицирующих растворов с обязательной маркировкой.
- Мерная посуда (1 л, 10 л) с маркировкой.
- Деревянная лопатка для размешивания раствора.
- Вода.
- Средства личной гигиены (полотенце, мыло).

Порядок приготовления 10% раствора хлорной извести

1. Подготовиться к приготовлению дезинфицирующего раствора: надеть спецодежду, проверить оснащение, отметить время начала процедуры.

2. Налить в ёмкость 2–3 стакана воды.

3. Осторожно всыпать туда 1 кг сухой хлорной извести и тщательно размешать, разминая комочки.

4. Долить ёмкость водой до 10 л, перемешать до однородной массы.

5. Плотнo закрыть ёмкость крышкой и оставить на сутки в тёмном помещении; раствор необходимо перемешать несколько раз в течение суток.

6. Через сутки слить отстоявшийся раствор в другую ёмкость (процедуру проводить в защитной одежде), сделать на ней надпись о дате приготовления и хранить в тёмном месте.

7. По окончании процедуры снять спецодежду, вымыть руки.

Порядок приготовления 1% раствора хлорной извести

1. Подготовиться к приготовлению дезинфицирующего раствора: надеть спецодежду, проверить оснащение, отметить время начала процедуры.

2. Налить в ёмкость 1 л 10% раствора хлорной извести (для получения 0,5% раствора хлорной извести — 0,5 л).

3. Долить ёмкость водой до 10 л, перемешать.

4. Плотнo закрыть ёмкость крышкой и сделать на ней надпись о дате приготовления.

5. По окончании процедуры снять спецодежду, вымыть руки.

Такой раствор используют для работы сразу после его приготовления.

Процедура приготовления раствора хлорамина Б также должна выполняться с соблюдением всех правил техники безопасности, в защитной одежде и с обязательной маркировкой ёмкостей с жидкостью. Для получения 1% раствора хлорамина Б нужно 10 г сухого хлорамина Б сначала тщательно размешать в специальной ёмкости и затем долить водой до метки 1 л.

В настоящее время широко используются хлорсодержащие продукты, представленные твердыми (таблетки, гранулы) концентрированными формами на основе дихлоризоцианурата натрия или трихлоризоциануровой кислоты, дезинфектанты на основе гипохлоритов натрия, кальция, лития; неорганических и органических хлораминов; а также жидкого газообразного хлора и диоксида хлора.

Обеспечение здорового микроклимата

Для поддержания здорового микроклимата (в прямом смысле, т.е. в плане физических параметров в помещении) в лечебном учреждении необходимо соблюдать определённые требования, предъявляемые к основным параметрам, обеспечивающим здоровый фон окружающей пациента среды. Особое внимание рекомендуется уделять следующим факторам (табл. 3-11):

- освещению — естественному (солнечный свет), искусственному;
- вентиляции — проветриванию, кондиционированию*;
- отоплению (может быть водяным, паровым, воздушным).

Таблица 3-11. Основные факторы поддержания здоровой окружающей среды в лечебном учреждении

Факторы, обеспечивающие адекватный микроклимат	Цель
Освещение палат естественным способом	Бактерицидное действие солнечных лучей
Освещение палат искусственным способом	Создание комфорта для пациентов (в большей степени — люминесцентные лампы)

* Кондиционеры, к сожалению, могут выступать источником заражения легионеллами (вид бактерий) с развитием тяжело протекающего инфекционного заболевания — так называемой болезни легионеров. Эта болезнь может развиться, если в помещениях установлены разветвленные централизованные системы кондиционирования воздуха, где вода отстаивается некоторое время и контактирует с подаваемым в воздуховоды воздухом. Для профилактики этого заболевания необходимо проводить дезинфекцию кондиционеров.

Окончание табл. 3-11

Факторы, обеспечивающие адекватный микроклимат	Цель
Вентиляция	Профилактика внутрибольничной инфекции (замена загрязнённого воздуха чистым)
Отопление	Создание комфорта для пациентов (оптимальная температура в зимнее время 20 °С, в летнее — 23–24 °С)

Санитарно-гигиеническая уборка помещений

Флоренс Найтингейл ещё в 1860 г. в своей книге «Записки об уходе» («Notes on Nursing») впервые подняла проблему влияния санитарно-гигиенических факторов на состояние здоровья, а уход за больным определила как «...действие по использованию окружающей пациента среды в целях его выздоровления». Особо Ф. Найтингейл подчёркивала важность таких факторов окружающей пациента среды, как чистота, свежий воздух, тишина, правильное питание.

Обеспечение санитарно-гигиенического режима в лечебном учреждении предусматривает тщательную регулярную уборку помещений. Тщательная влажная уборка больничных помещений и содержание в чистоте оборудования, медицинского инвентаря, предметов по уходу, мебели — обязательное условие соблюдения правил санитарно-гигиенического режима в лечебном учреждении (табл. 3-12).

Таблица 3-12. Общие правила санитарно-гигиенической уборки больничных помещений

Мероприятия по санитарно-гигиенической уборке	Основные требования к санитарно-гигиенической уборке	Кратность проведения уборки
Влажная уборка	Мытьё полов, протирание дверей и дверных ручек, подоконников, мебели, оборудования; обязательно применение моющих и дезинфицирующих растворов	2 раза в сутки и чаще
Протирание внутренних оконных стёкол	Использование жидких моющих средств	Не реже 1 раза в месяц
Протирание оконных стёкол снаружи	Использование жидких моющих средств	Не реже 1 раза в 4 мес

Продолжение табл. 3-12

Мероприятия по санитарно-гигиенической уборке	Основные требования к санитарно-гигиенической уборке	Кратность проведения уборки
Генеральная уборка палат и кабинетов	Мытьё стен, полов, дверей и дверных ручек, подоконников, мебели, оборудования, светильников, защитных жалюзи, обработка потолков и пр.; обязательно применение моющих и дезинфицирующих растворов	Не реже 1 раза в месяц
Генеральная уборка процедурных и перевязочных	Влажная уборка с освобождением помещений от оборудования и мебели	1 раз в неделю
Проветривание палат, кабинетов	Проветривание с открыванием форточек и оконных створок	Не менее 4 раз в сутки
Уборка пищеблока	Мытьё стен, осветителей; дезинфекция помещений с применением 1% раствора хлорной извести (1% раствора хлорамина Б)	Ежедневно
Уборка буфетной	Мытьё посуды горячей водой с дезинфицирующим раствором и стерилизация её (в воздушном стерилизаторе) в течение 1 ч при температуре 180 °С; уборка помещения с применением растворов дезинфицирующих средств	После каждой раздачи пищи
Смена белья в палатах	Грязное бельё собирают в специальные клеёнчатые мешки или бельевые тележки	Не реже 1 раза в 7 дней и по мере загрязнения
Уборка санузлов	Мытьё ванн после каждого больного тёплой водой с моющим (мыльным) раствором, затем обработка 0,5% раствором хлорной извести или 1–2% раствором хлорамина Б; мытьё унитазов 0,5% раствором хлорной извести	Несколько раз в день и по мере загрязнения

Окончание табл. 3-12

Мероприятия по санитарно-гигиенической уборке	Основные требования к санитарно-гигиенической уборке	Кратность проведения уборки
Обработка подкладных суден и мочеприёмников	Замачивание суден (мочеприёмников) в дезинфицирующем растворе (время выдержки зависит от применяемого раствора, например в 0,5% растворе хлорной извести судно следует выдерживать 60 мин) и промывание под струёй горячей воды с помощью ёршиков	Постоянно (по мере использования)

Уборку проводят щёткой, шваброй, тряпками, смоченными дезинфицирующим раствором.

Уборка палат. В палате уборку следует начинать с прикроватных тумбочек: стирают пыль, убирают всё лишнее, оставляют мыло, зубную пасту, печенье, варенье, конфеты, книги. Фрукты и скоропортящиеся продукты должны находиться в холодильнике. Затем вытирают пыль с поверхности кроватей, радиаторов, труб, с подоконников, плафонов, мебели. Во время уборки должно быть тихо. Движения младшей медицинской сестры не должны беспокоить пациентов. Убирать следует чисто, не пропуская углы и труднодоступные места. Подметать палату нужно по направлению к двери, мусор подбирать совком и выносить в мусоропровод или сжигать.

Уборка коридоров. В коридорах протирают влажной тряпкой двери, панели, мебель, ручки, завершают уборку мытьём пола раствором хлорной извести.

Оснащение и уборка туалетных комнат. Туалетные комнаты должны быть хорошо изолированы от прочих помещений, иметь промежуточный шлюз, надёжно действующую вытяжную вентиляцию, достаточное освещение. Здесь следует разместить закрытые шкафы для суден, мочеприёмников, посуды для сбора кала и мочи. Уборочный инвентарь должен быть отдельным для палат и туалетных комнат, применяться строго по назначению. Он должен иметь соответствующую маркировку, содержаться в чистоте. Щётки, ветошь, тазы регулярно промывают горячей водой, а ветошь просушивают. Ерши для мытья суден и мочеприёмников («уток») также промывают водой и дезинфицируют. Ванны, подкладные судна, мочеприёмники моют и дезинфицируют после

каждого употребления 0,5% раствором хлорной извести. Судна, «утки» тщательно промывают горячей водой и дезинфицируют 2% раствором хлорамина Б.

Если у пациента обнаружено инфекционное кишечное заболевание, его кал заливают 20% раствором хлорной извести на 2ч, а потом опорожняют судно. Чистые судна, «утки» хранят в туалетных комнатах в специальных гнездах. В некоторых больницах имеются машины для мойки суден.

Туалетные комнаты убирают по мере надобности и хорошо проветривают, чтобы не было запаха. Раковины, унитазы, писсуары, баки для хранения воды, плевательницы моют ежедневно горячей водой с мылом, 2% содовым раствором и дезинфицирующим раствором; бурые пятна протирают уксусной кислотой. Уборку туалетных комнат младшая медицинская сестра должна проводить в резиновых перчатках. После уборки она должна мыть руки с мылом и с помощью 2% раствора хлорамина Б, который должен быть в каждой туалетной комнате.

Предупреждение профессиональных заболеваний медицинских сестёр при работе с кровью

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук цельной кровью, плазмой или сывороткой крови, следует проводить в резиновых перчатках. Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчником, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови следует работать в маске и защитных очках. Медицинскому персоналу запрещены приём пищи, а также курение в лабораториях и помещениях, где проводят процедуры пациентам.

Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток и лабораторной посуды, соприкасающихся с кровью людей, нужно проводить до предварительной дезинфекции, в резиновых перчатках. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства, проводят тщательное двукратное мытьё рук в тёплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового пользования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражение кожи и дерматиты, в том числе облегчающие проникновение возбудителей инфекции.

Для профилактики инфицирования вирусной и бактериальной инфекцией, передаваемой через кровь или другие биологические жид-

кости пациента, в настоящее время в процедурном кабинете должна находиться так называемая «Аптечка при авариях», в состав которой обязательно входят перевязочный материал, ёмкости для разведения растворов, ундинка (стаканчик для промывания глаз), 70% раствор этилового спирта, 5% спиртовой раствор йода, 0,05% раствор перманганата калия, 1% раствор протаргола, 6% раствор водорода перекиси.

В случае загрязнения рук кровью (или другой биологической жидкостью пациента) следует немедленно щипающим движением пальцев руки удалить с кожи остатки крови (биологической жидкости) с помощью тампона, обильно смоченного 70% раствором этилового спирта, вымыть их тёплой проточной водой с мылом и повторно обработать новым тампоном, смоченным 70% раствором этилового спирта. В случае попадания брызг крови:

- на слизистую оболочку глаз — промыть глаза 0,05% раствором калия перманганата;
- на слизистую оболочку носовой полости — обработать её 1% раствором протаргола (закапать в нос);
- на слизистую оболочку полости рта — прополоскать рот 70% раствором спирта.

В случае загрязнения кровью поверхности рабочего стола во время манипуляции следует немедленно обработать стол ветошью, смоченной 6% раствором водорода перекиси с 0,5% моющим средством. После окончания работы необходимо протереть поверхность стола ветошью, смоченной в 3% растворе хлорамина Б.