

СОДЕРЖАНИЕ

Участники издания	3
Список сокращений и условных обозначений	5
Предисловие	6
I. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ	8
II. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ	11
Создание постельного комфорта	13
Оказание помощи больному при изменении положения	16
Основные гигиенические манипуляции по уходу за тяжелобольным	17
Уход за больными со стомами	34
Дезинфекция в домашних условиях	42
III. ВЫПОЛНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ	44
Полость рта	44
Глаза	44
Уши	47
Манипуляции, способствующие улучшению носового дыхания	48
Инъекции	51
Промывание желудка	61
Клизмы	62
Другие манипуляции	65
Некоторые диагностические манипуляции	72

IV. ДИЕТОТЕРАПИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ.	78
Организация диетического лечебного и профилактического питания	80
Основные варианты диет, используемых в лечебном питании	83
Питание при некоторых заболеваниях	99
Энтеральное питание.	138
V. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА	147
Основные средства и методы лечебной физкультуры	147
Лечебная физкультура при гипертонической болезни	149
Лечебная физкультура при хронической венозной недостаточности	152
Лечебная физкультура при плоскостопии.	155
Физическая реабилитация больных с дорсопатиями (остеохондрозом позвоночника)	158
Физическая реабилитация больных после мозгового инсульта.	163
VI. ФИТОТЕРАПИЯ	169
Приготовление простых лекарственных препаратов	170
Лекарственные растения в диетотерапии	171
Лекарственные сборы растений, применяемые при различных заболеваниях. Общие правила	198
Сахарный диабет.	198
Заболевания органов дыхания.	201
Заболевания печени, желчевыводящих путей и хронический панкреатит	203
Заболевания почек и мочевого пузыря.	205
Хронический пиелонефрит и хронический цистит.	206
Мочекаменная болезнь	208
Заболевания суставов.	209

Лекарственные сборы, применяемые при некоторых
эндокринных заболеваниях 213

VII. ДОМАШНЯЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ 215

Основные направления домашней физиотерапии 217

Физиотерапия заболеваний верхних
дыхательных путей 220

Физиотерапия хронических заболеваний легких 226


Физиотерапия заболеваний и травм
опорно-двигательного аппарата. 231

Физиотерапия дорсопатий
(остеохондроза позвоночника). 239

Физиолечение последствий перенесенного
мозгового инсульта. 242

Глоссарий 246

Литература 251



Общее состояние больного, лечебно-охранительный режим

О.В. Стрельченко

*Нас трое — ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью,
вас будет двое, я останусь один — вы меня одолеете.*

*Если ты будешь со мной, нас будет двое,
болезнь останется одна — мы ее одолеем.*

Абу-аль-Фарадж

Лечебно-охранительный режим — это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на уход, лечение и способствующих созданию для больного физического и психического комфорта.

Лечебно-охранительный режим предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психического покоя, уверенности больных в быстрейшем полном выздоровлении или наступлении стойкой ремиссии при хронических заболеваниях.

Сдержанность и внешнее спокойствие ухаживающих оказывают положительное воздействие на чрезмерные эмоции больных. Неосторожно сказанная фраза может нанести больному непоправимый вред и значительно снизить эффективность всех проводимых в дальнейшем лечебных мероприятий.

В целях исключения всех моментов, нарушающих тишину и покой, окружающие больного должны говорить тихо, вполголоса. Основную уборку помещения рекомендуется проводить в часы бодрствования больных, причем производить эту работу без шума.

Борьба с болью — одна из основных проблем, и правильное ее разрешение имеет особое значение для всех больных. Процедуры, вызывающие боль, не дают того терапевтического эффекта, которого можно было бы ждать. Поэтому все манипуляции должны производиться чрезвычайно осторожно, с применением во всех возможных случаях современных способов обезболивания и с предварительной подготовкой больного.

Лечебное питание является одним из методов комплексной терапии, и для эффективного его применения требуется ряд организационных мероприятий. Назначение диеты проводится дифференцированно, с разъяснением больному ее сущности и значения точного соблюдения. Больному должны быть даны соответствующие указания в отношении пищевых продуктов, которые ему следует употреблять.

Пища должна быть разнообразной, аппетитно оформленной, вкусной, даже на строгих диетах. Необходимо устанавливать 4-разовое питание, а для ряда больных, по медицинским показаниям, более частый прием пищи. Особое внимание должно быть уделено питанию тяжелобольных и детей.

Больной должен знать о своей болезни только то, что является ему понятным, не может внушить тревогу и нарушить его психическое равновесие. Все сведения о своей болезни больной должен получать исключительно от врача.

Оценка общего состояния больного. Каждому больному в зависимости от тяжести состояния назначается определенный индивидуальный режим.

Для общей оценки состояния больного необходимо определить следующие показатели.

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

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

Удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, температура тела нормальная или субфебрильная, состояние кожных покровов и подкожной клетчатки в норме, частота сердечных сокращений (ЧСС) в пределах нормы (60–90 в минуту), артериальное давление (АД) 110–140/60–90 мм рт.ст., частота дыхательных движений (ЧДД) 16–20 в минуту, функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Характерно, как правило, для легких форм болезни, периода выздоровления после острых заболеваний, стихания обострений хронических процессов.

Средней степени тяжести. Сознание ясное, иногда оглушенное, положение в постели вынужденное или активное, сохранена способность к самообслуживанию, возможна высокая лихорадка. Могут быть распространенные отеки подкожной клетчатки. Возможна выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз. Характерны тахикардия (ЧСС более 90 в минуту) или брадикардия (менее 60 в минуту). Могут наблюдаться нарушения ритма сердца, повышение (более 140/90 мм рт.ст.) или снижение (менее 110/60 мм рт.ст.) АД, ЧДД более 20 в минуту. Возможны рвота, выраженная диарея, признаки желудочно-кишечного кровотечения. Существует вероятность быстрого прогрессирования заболевания и развития опасных для жизни осложнений. Функции жизненно важных органов декомпенсированы, однако это не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Основное заболевание характеризуется выраженными субъективными и объективными проявлениями.

Тяжелое. Сознание ясное, иногда оглушенное, больной стонет, просит о помощи. В ряде случаев наблюдают угнетение сознания (ступор, сопор), возможны бред, психомоторное возбуждение. Положение в постели пассивное или вынужденное. Больной не способен к самообслуживанию, нуждается в постоянном уходе. Возможна гиперпиретическая лихорадка либо, наоборот, гипотермия, анасарка. Отмечают «меловую» бледность кожных покровов или выраженный цианоз уже в покое, нитевидный пульс, значительное повышение или понижение АД, выраженное тахипноэ (до 40 в минуту и более). Возможны неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита,

массивного желудочно-кишечного кровотечения [рвота «кофейной гущей», черный жидкий стул (мелена)]. Декомпенсация функции жизненно важных органов представляет опасность для жизни больного или может привести к глубокой инвалидности. Заболевание характеризуется осложненным течением с ярко выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями.

Крайне тяжелое (преагональное). Сознание, как правило, резко угнетено (до комы), редко — ясное. Положение больного в постели пассивное. В ряде случаев отмечают двигательное возбуждение, общие судороги. Температура тела различная. Лицо «мертвенно» бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями холодного пота («лицо Гиппократово»). Пульс выявляют только на сонных артериях. АД может не определяться. ЧДД достигает 60 в минуту. При тотальном отеке легких отмечают клокочущее дыхание, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета. Может определяться нарушение дыхания (дыхание Куссмауля, периодическое дыхание Чейна—Стокса и др.). Тяжелое нарушение основных жизненно важных функций организма. Заболевание характеризуется резким обострением, опасными для жизни острыми осложнениями. Лечение проводят только в условиях реанимационного отделения.

Терминальное (агональное). Сознание угасает, мышцы расслаблены, рефлексы исчезают, роговица мутная, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются, но при электрокардиографии (ЭКГ) регистрируют электрическую активность сердца. Дыхание редкое периодическое. Агония длится от нескольких минут до нескольких часов.

В зависимости от общего состояния больного врачом устанавливается **режим**, который является обязательным для исполнения.

Строгий постельный режим. Больному не разрешается вставать, садиться, активно двигаться в постели, поворачиваться. Все гигиенические мероприятия, физиологические отправления больной совершает в постели. Ухаживающие за больным кормят его, следят, чтобы он не вставал, осуществляют все ме-

роприятия, необходимые для выполнения личной гигиены тяжелобольного.

Постельный режим. Больному разрешается поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее. Кормление и мероприятия личной гигиены ему помогают выполнять.

Полупостельный режим. Больному разрешается передвигаться в пределах комнаты, сидеть на стуле около кровати. Кормление происходит в комнате, где находится больной, либо в другом помещении, расположенном рядом. Мероприятия личной гигиены больной может осуществлять самостоятельно или с помощью ухаживающих лиц.

Общий режим. Больной самостоятельно себя обслуживает, осуществляет мероприятия личной гигиены, свободно ходит по квартире. Ему могут быть разрешены прогулки по территории около дома.



Уход за больным

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко

Любовь и забота — лучшее лекарство.
Парацельс

Уход за больным человеком — это наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Под уходом понимают комплекс гигиенических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение здоровья, облегчение страданий при болезни, скорейшее выздоровление и предупреждение осложнений. Очень часто ограничены физическая активность и способность больных к самообслуживанию. Наблюдение за развитием и ростом ребенка, за здоровьем на разных этапах жизни взрослого человека, оказание первой помощи — все это входит в понятие «уход».

Присутствие в доме больного человека обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, требует создать условия, обеспечивающие физический и психический покой, обучить членов семьи простейшим приемам ухода, адаптировать больного человека к изменившимся условиям жизни и здоровья, обучить его самостоятельности и самообслуживанию.

К основным мероприятиям по сохранению и укреплению здоровья, оказанию первой помощи и уходу за тяжелобольными относятся:

- 1) создание и обеспечение охранительного режима;
- 2) проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья;

- 3) выполнение врачебных назначений и рекомендаций;
- 4) профилактика заболеваний и возможных осложнений;
- 5) оказание первой помощи в экстренных ситуациях.

Можно привести много примеров, когда строгое соблюдение правил гигиены, четкое и безукоризненное выполнение всех предписаний врача, создание благоприятных физических и психологических условий возвращали жизнь больным. Плохой уход, небрежное или несвоевременное выполнение манипуляций, невнимательность к проблемам больного могут быть причиной не только медленного выздоровления или возникновения тяжелых осложнений заболевания, но и смерти.

Создание *лечебно-охранительного режима* при уходе за больным направлено на:

- щажение психики больного;
- соблюдение правил поведения при данном состоянии (адаптация больного к изменившимся условиям жизни и здоровья);
- обеспечение рациональной физической активности.

Врач может определить режим *физической* (двигательной) активности больного как:

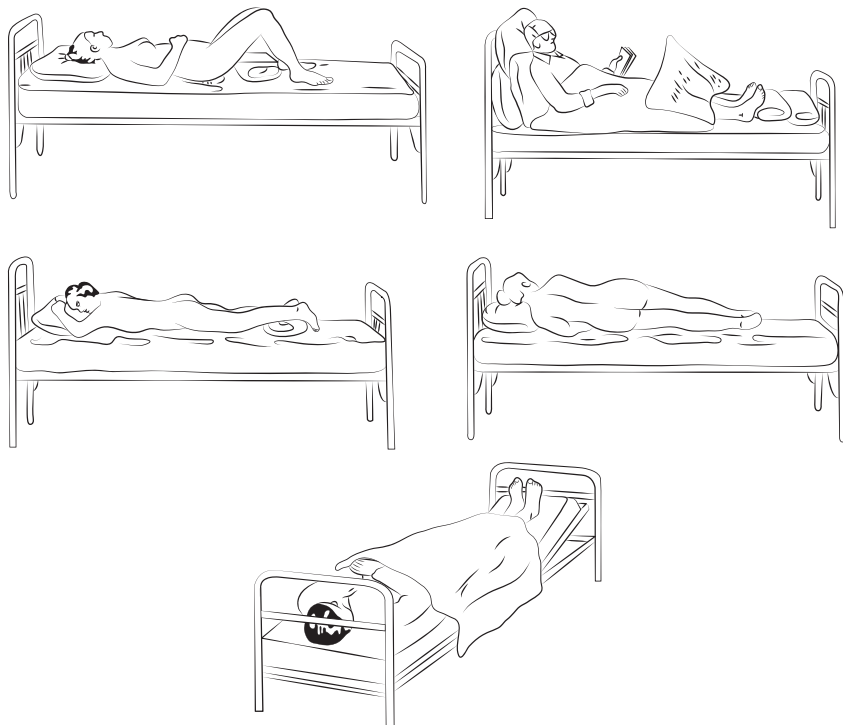
- строгий постельный режим;
- постельный режим;
- режим с ограничением двигательной активности (полупостельный);
- свободный (общий) режим.

При ограничении *физической* (двигательной) активности положение больного в постели может быть:

- *активным* — больной способен встать с постели, сидеть, ходить;
- *пассивным* — больной не может сам двигаться, поворачиваться в постели, поднять голову или руки и сохраняет то положение, которое ему придали. Такое положение свойственно больным в бессознательном состоянии или с расстройствами нервной системы;
- *вынужденным* называется такое положение больного в постели, которое он сам занимает, стараясь облегчить свои страдания:
 - ◊ при болевом синдроме при язвенной болезни желудка больной занимает коленно-локтевое положение;

- ◇ при инфаркте миокарда — положение на спине;
- ◇ при болях в грудной клетке — на боку;
- ◇ особенно выражено вынужденное положение у больных с одышкой. Они стараются сесть, опереться руками о край кровати, опустить ноги. В таких случаях под спину больного надо положить 2—3 хорошо взбитые подушки, поставить подголовник или поднять головной конец кровати;
- ◇ для больных с нарушением отхождения мокроты характерны следующие позы: положение стоя на коленях, упираясь лбом в постель (поза молящегося магомметанина), положение на кровати с опущенной вниз головой (поза ищущего обувь под кроватью).

Необходимо постоянно следить за тем, чтобы положение больного было функциональным, то есть улучшало функцию того или иного пораженного органа.



СОЗДАНИЕ ПОСТЕЛЬНОГО КОМФОРТА

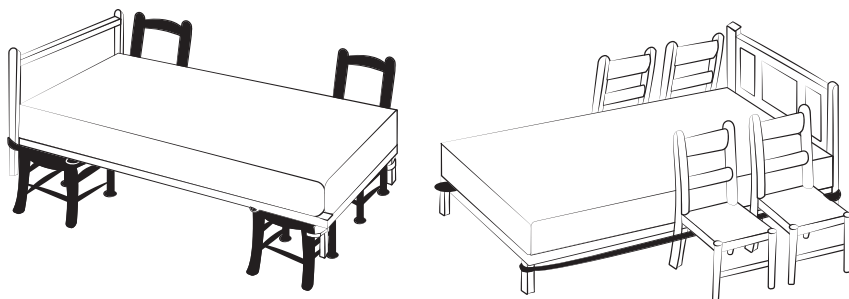
Важным условием для хорошего самочувствия больного и его выздоровления является постельный комфорт. При отсутствии специально оборудованной кровати ее можно соорудить из подручных предметов и домашней мебели, используя доски, стулья, щиты. При этом следует обеспечить безопасность больного и возможные удобства.

Матрац должен быть достаточно толстым, с ровной, упругой поверхностью, бугры и впадины на нем недопустимы.

Простыня должна быть такого размера, чтобы матрац был закрыт ею не только сверху, но и по бокам, и с торцов.

Края простыни не должны свисать, их следует подогнуть под матрац.

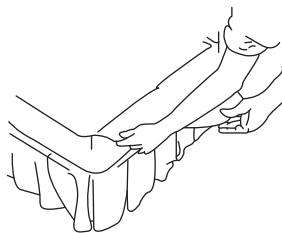
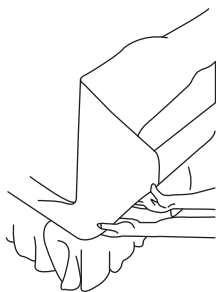
Чтобы простыня не сбивалась и не образовывала складок, можно прикрепить ее к краям матраца английскими булавками.



Постельное белье — простыни, пододеяльники, наволочки должны быть чистыми и еженедельно меняться. У тяжелобольных, в случае недержания мочи, кала, при рвоте и др. замена белья производится по мере загрязнения.

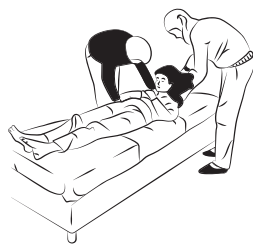
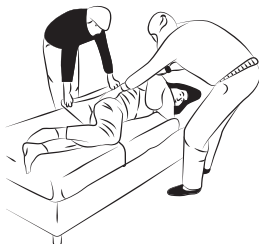
Обычно смену постельного белья производят одновременно с гигиенической процедурой — ванной, душем, обтиранием.

Простыни на постели тяжелобольного не должны иметь рубцов и швов, а наволочки — узлов и застежек на стороне, обращенной к больному.

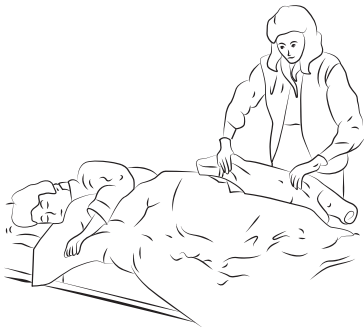
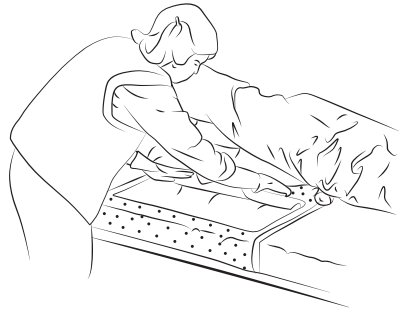
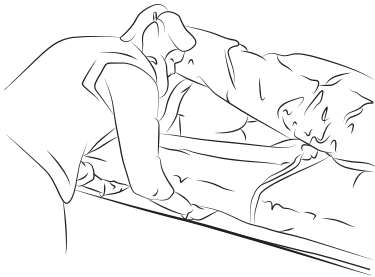
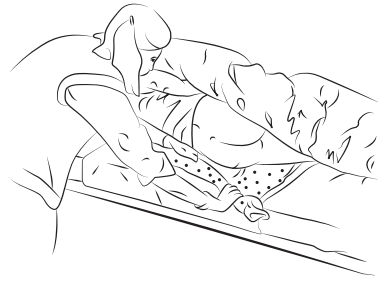
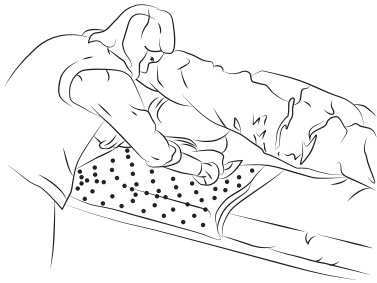


Постель больного регулярно — утром, на ночь и перед дневным отдыхом — необходимо расправлять, убирая крошки. Больного в это время можно пересадить на стул или на край кровати. Если больному нельзя двигаться, то его нужно переложить на край кровати, затем расправить на освободившейся половине матрас и простыню, после чего следует переложить больного на убранную половину постели и то же самое проделать с другой стороны.

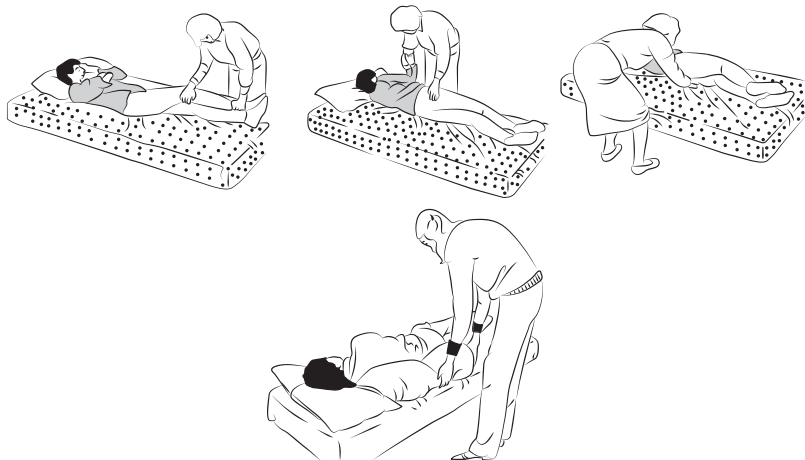
На рисунках показано, как расправить простыню на постели тяжелобольного при участии 2 человек, как необходимо действовать



при частичной замене постельного белья одному человеку (больной может поворачиваться).



Если больной может поворачиваться, то расправить складки на простыне можно, используя приемы, изображенные на рисунках (больной активен).



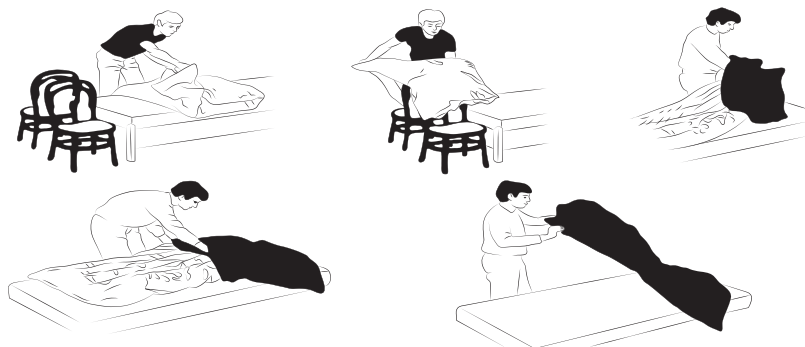
Подушки должны быть достаточных размеров, мягкими (перовые, пуховые). Наволочку меняют при ее загрязнении.

Одеяла применяют байковые или шерстяные соответственно сезону.

Для облегчения вынужденного положения лежа на боку под спину больному можно подложить дополнительные подушки или свернутое одеяло.

Смена простыни требует от ухаживающего определенного навыка.

Смена простыни при всей ловкости ухаживающих неизбежно причиняет большое беспокойство больному, поэтому иногда бывает целесообразнее переложить больного на другое место и перестелить постель, тем более что заниматься этим приходится вдвоем.



*Смена белья тяжелобольному,
которому активные движения запрещены*



1. Чистую простыню скатайте в поперечном направлении.
2. Приподнимите верхнюю часть туловища больного, уберите подушку.
3. Скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню.
4. Положите подушку и опустите на нее голову больного.
5. Приподнимая таз, а затем ноги больного, сдвиньте грязную простыню.
6. Расправьте чистую, опустите таз, ноги больного, заправьте края простыни под матрац.
7. Уберите грязное белье.
8. Вымойте руки.