

В. А. Барановский

# Справочник медицинской сестры



Виктор Барановский

**Справочник медицинской сестры**

«Мельников И.В.»

## **Барановский В. А.**

Справочник медицинской сестры / В. А. Барановский —  
«Мельников И.В.»,

Книга содержит сведения, необходимые медицинской сестре независимо от профиля, стажа работы и отделения, в котором она работает. Представлены сведения по общему уходу за больными при различных болезнях, беременности, во время и после родов, за здоровыми и больными детьми, людьми пожилого и старческого возраста. Подробно описана техника медицинских процедур, даны рекомендации по их проведению во всех основных подразделениях лечебных учреждений. Справочник поможет медицинской сестре быстро и уверенно приступить к работе после окончания учебного заведения, будет консультантом в практической деятельности и станет незаменимым «домашним» пособием в семье, где есть пожилые люди и маленькие дети.

© Барановский В. А.

© Мельников И.В.

# Содержание

Глава 1. ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ. ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ	5
Общие вопросы ухода за больными	5
Медицинские учреждения и организация их работы	12
Личная гигиена больного	24
Питание больных	30
Конец ознакомительного фрагмента.	46

# **Барановский Виктор СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

## **Глава 1. ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

### **Общие вопросы ухода за больными**

#### **УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ**

Под уходом за больными в повседневной жизни понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Кроме того, уход подразумевает создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома – тишины, удобной и чистой постели, свежего нательного и постельного белья и т. д. В стационаре в таком объеме уход осуществляют, как правило, младший медицинский персонал, а дома – родственники больного.

Итак, под уходом следует понимать: создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома; устройство удобной постели и содержание ее в чистоте; гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отправлениях организма; выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного; поддержание в больном бодрого настроения.

Уход за больным это и круглосуточное наблюдение за ним. Обо всех замеченных изменениях средний медицинский персонал сообщает врачу, что помогает ему составить правильное представление о состоянии больного и правильно вести лечение. Своевременное распознавание болезни, хороший уход и назначение правильного лечения обеспечивают больному выздоровление.

Чтобы осуществлять эффективный уход за больными и быть достойными помощниками врачей, средние медицинские работники должны владеть медицинскими знаниями.

Решающая роль в обеспечении правильного ухода за больными отводится среднему и младшему медицинскому персоналу. Функции медицинских сестер в зависимости от типа лечебно-профилактических учреждений (стационар, поликлиника, диспансер), профиля работы отделения (терапевтическое, хирургическое, офтальмологическое), той или иной должности (палатная, процедурная медицинская сестра, медицинская сестра приемного отделения, старшая медицинская сестра) существенно различаются. Вместе с тем можно выделить общие обязанности, которые медицинские сестры должны выполнять при осуществлении ухода за больными. Эти обязанности весьма многообразны.

Медицинские сестры выполняют широкий круг врачебных назначений (инъекции, постановка банок, горчичников, клизм, раздача лекарств и т. д.), диагностических манипуляций (измерение температуры тела, желудочное и дуоденальное зондирование и др.). В необходимых случаях медицинские сестры должны уметь подсчитать частоту дыхания и пульса, измерить артериальное давление, суточный диурез, правильно собрать выделения больного (мокроту,

мочу, кал) для анализов и направить их в лабораторию. В неотложных ситуациях медицинские сестры обязаны уметь оказать первую доврачебную помощь (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, наложение кровоостанавливающего жгута, а также первую помощь при отравлениях, травмах, ожогах, отморожениях и т. д.).

Медицинские сестры обеспечивают транспортировку больных, принимают вновь поступивших пациентов, знакомят их с особенностями работы отделения, организуют выписку больных.

Медицинские сестры осуществляют контроль санитарного состояния отделений, и соблюдения больными правил внутреннего распорядка, проверяют регулярность и полноту влажной уборки, следят за выполнением больными правил личной гигиены, качеством санитарной обработки, в необходимых случаях обеспечивают уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта, смену постельного и нательного белья.

Медицинские сестры отвечают за правильное и своевременное питание больных, организуют кормление пациентов, находящихся на строгом постельном режиме, следят за хранением продуктов питания в холодильниках и прикроватных тумбочках, проверяют содержание и качество передач.

Медицинские сестры ведут необходимую медицинскую документацию, заполняют температурные листы и листы назначений, журнал приема и сдачи дежурств, выписывают требования на медикаменты, составляют порционники и т. д.

На младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы) непосредственно ложится ответственность за поддержание чистоты в палатах, коридорах, местах общего пользования и других помещениях, их регулярную влажную уборку.

Санитарки оказывают медсестрам помощь в кормлении тяжелобольных, смене у них нательного и постельного белья, подаче, уборке и мытье суден и мочеприемников, проведении санитарной обработки, сопровождают больных на различные исследования, обеспечивают доставку анализов в лабораторию. Для транспортировки больных по возможности используют труд санитаров-мужчин. В связи с острой нехваткой младшего медицинского персонала в лечебных учреждениях, их функции нередко приходится выполнять медицинским сестрам.

## МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Любая специальность характеризуется наличием определенных этических норм и правил поведения. Медицинская деонтология (от греч. deon, deontos – долг, должное; logos – учение) представляет собой науку о профессиональном долге медицинских работников. К медицинской деонтологии примыкает и медицинская этика, изучающая морально-нравственные аспекты медицины.

Круг проблем, которыми занимается медицинская деонтология, многообразен. Медицинская деонтология включает в себя различные вопросы, касающиеся взаимоотношений между врачом и больным, врачом и родственниками больного, медицинских работников между собой. Многие области медицины (хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, онкология, психиатрия и др.) имеют, кроме того, свои собственные деонтологические аспекты.

Деонтологические проблемы возникают в результате все более широкого внедрения результатов научно-технического прогресса в медицину. Даже обучение студентов в медицинском институте сопряжено с необходимостью соблюдения целого ряда деонтологических принципов. С различными аспектами медицинской деонтологии студенты знакомятся на старших курсах в период обучения на клинических кафедрах, кафедрах медицинской психологии, судебной медицины. Есть и некоторые грани деонтологии, тесно связанные с организацией правильного ухода за больными.

В повседневной работе и при осуществлении ухода за больными такие человеческие качества, как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание требуются от всех медицинских работников, будь это медсестра, санитарка или студент, проходящий медицинскую практику в больнице. Медицинский персонал нередко имеет дело с очень тяжелыми больными с выраженными нарушениями двигательных функций, недержанием мочи и кала, которым приходится по несколько раз в день менять белье и проводить санитарно-гигиеническую обработку, которых приходится кормить с ложечки. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко – и самим себе. Уход за такими больными требует огромного терпения, такта и сострадания.

Представленные деонтологические аспекты ухода за больными приобретают в настоящее время очень большое значение. К сожалению, нередкими в работе медицинского персонала по уходу за больными стали такие проявления, как черствость, грубость, раздражительность, равнодушие, корыстные побуждения. Отчасти это объясняется падением престижа работы медицинской сестры и санитарки, систематической нехваткой среднего и младшего медицинского персонала, приходом в медицину случайных людей. Отсюда и своеобразный парадокс: уровень диагностики и возможности лечения заболеваний значительно возросли, а качество ухода за больными снизилось. Очень важно улучшить уход за престарелыми людьми, тяжелобольными, инвалидами, а делать это надо через повышение престижа профессии медицинской сестры и санитарки.

Высокие моральные качества медицинских работников, осуществляющих уход за больными, должны обязательно подкрепляться их образованностью, высоким профессионализмом, глубоким знанием дела.

Необходимо, подчеркнуть, что с деонтологических позиций совершенно недопустимо учиться выполнению ряда манипуляций (инъекций, клизм и других) сразу на больных. Эти практические навыки следует сначала многократно отработать на соответствующих муляжах и только затем применять в клинических условиях. В противном случае выполнение тех или иных манипуляций без предварительной основательной подготовки может повлечь за собой осложнения и даже ухудшение состояния больного.

Деонтологические принципы обуславливают и определенные требования к внешнему виду медицинских работников, осуществляющих уход за больными. На работе необходимо пользоваться сменной обувью. Халат должен быть безукоризненно чистым и выглаженным. Волосы рекомендуется аккуратно заправлять под шапочку или косынку. Ногти должны быть подстрижены очень коротко. Несвежий, мятый халат, уличная обувь, грязные руки и плохо подстриженные ногти недопустимы с точки зрения санитарии и гигиены и, кроме того, производят на больных удручающее впечатление.

Весьма осторожно и умеренно необходимо пользоваться косметическими и парфюмерными средствами, так как у больных с непереносимостью различных веществ (аллергией) они могут вызвать ухудшение состояния – спровоцировать приступ бронхиальной астмы, крапивницу.

Уход за больными предполагает и определенные правила общения с пациентами. Надо иметь в виду, что больные люди нередко становятся возбудимыми, раздражительными, вспыльчивыми, капризными, а иногда, напротив, подавленными и безучастными. При уходе за такими пациентами важно проявить максимум внимания, успокоить их, разъяснить необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных препаратов, убедить в возможности выздоровления и улучшения состояния.

Большую осторожность нужно соблюдать при разговоре с больными, страдающими онкологическими заболеваниями, особенно в случаях неблагоприятного прогноза.

Из этих же соображений, результаты обследования пациентов не следует сообщать по телефону.

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них так называемых ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными болезнями или ятрогениями понимают заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных пациентов, т. е. относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания. Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, и при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней. Предупреждению ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательные разъяснительные (психотерапевтические) беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам ухода за больными можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Медицинским работникам подчас могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать. Данное требование ни в коей мере не относится к тем ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.). В таких случаях медицинские работники, напротив, обязаны незамедлительно сообщить полученные сведения в соответствующие органы.

В процессе ухода за больными в деятельности медицинских работников могут встречаться и различные ошибки, которые возникают в результате добросовестного заблуждения и являются чаще всего следствием недостаточного опыта медицинских работников или же бывают обусловлены нетипичным течением заболевания.

Ошибки в медицинской практике необходимо отличать от медицинских правонарушений, которые связаны не с добросовестным заблуждением медицинских работников, а с ненадлежащим (чаще всего халатным) выполнением ими своих непосредственных обязанностей. При осуществлении ухода за больными таким правонарушением может являться неправильное введение лекарственных препаратов, которое приводит порой, особенно если введено сильнодействующее вещество, к трагическим последствиям. Возникновению подобных ситуаций способствуют небрежность, торопливость, посторонние разговоры в процессе работы.

Серьезную ответственность несут медицинские работники за нарушения хранения и учета сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств. К медицинским правонарушениям, возникающим при уходе за больными в некоторых случаях, относятся также неоказание больному помощи без уважительных причин (лицом, обязанным ее оказывать по закону), получение взятки.

В группу медицинских правонарушений включено также получение незаконного вознаграждения за выполнение работы в сфере медицинского обслуживания.

В зависимости от тяжести совершенных правонарушений медицинские работники могут подвергаться административным взысканиям, или же привлекаются к уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, осуществление ухода за больными, кроме оказания помощи и выполнения тех или иных манипуляций, предполагает правовую регуляцию деятельности медицинских работников, четкую регламентацию их должностных обязанностей, определенные этические нормы и правила поведения.

## ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Медицинская профессия, кроме специальных знаний, требует и определенных личных качеств. Эти качества можно разделить на две группы: внешние, которые выражены в общей санитарно-гигиенической культуре медицинского работника, и внутренние, находящие отражение в поведении медицинского работника.

Медицинский работник любого ранга должен соблюдать правила личной гигиены, сохранять свое здоровье. Это необходимо как для него самого, так и для обслуживаемых им больных. Медицинский работник должен быть примером высокой санитарной культуры. Никакая агитация не дает такого результата, как личный пример. Если медицинский работник сам не бережет свое здоровье, то как же он может научить беречь здоровье больного?

О значении внешнего вида медицинского работника говорил еще Гиппократ – великий древнегреческий врач (460–377 лет до н. э.). «Врачу сообщает авторитет, – говорил Гиппократ, – если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями (имеющими запах не подозрительный), ибо все это обыкновенно приятно для больных».

Соблюдение режима дня – основное правило личной гигиены. Вставать утром и ложиться спать, завтракать, обедать и ужинать нужно всегда в одно и то же время. Следует правильно распределять часы труда и отдыха, чередуя умственный труд с физическим.

Важным элементом личной гигиены является режим питания. Прием пищи в одни и те же часы, рациональный подбор блюд, соблюдение режима питания в количественном и качественном отношении имеют чрезвычайно большое значение для здоровья.

Медицинский работник не должен иметь дурных привычек, а если он приобрел их, то должен стараться от них избавиться. К дурным привычкам, не совместимым с медицинской профессией, относятся курение, злоупотребление алкоголем и т. п.

Для сохранения здоровья и предупреждения болезней необходимо заниматься физкультурой и закалять свой организм. Занятия утренней гимнастикой с последующими водными процедурами должны войти в привычку.

Медицинский работник должен тщательно следить за чистотой своего тела. Лицо, шею нужно мыть 2 раза в сутки. Следует также 1–2 раза в сутки обмывать теплой водой область промежности. Мыть ноги нужно ежедневно, особенно тем, у кого они потеют. Рекомендуется мыться утром холодной водой до пояса (после физкультурной зарядки) или принимать холодный душ, а на ночь умываться, подмываться и мыть ноги теплой водой.

Особого внимания требует уход за руками. Медицинский работник моет руки не только перед едой и после посещения туалета, но и перед каждой медицинской манипуляцией и после нее. Медицинские работники, особенно те из них, которые имеют отношение к хирургии (операционные сестры, акушерки и т. д.), должны оберегать руки от загрязнения. Выполнять грязные виды домашней работы (мыть пол, убирать санузел в квартире, чистить овощи и т. д.) следует в перчатках. Ногти нужно коротко стричь и подпиливать. Кожный край ногтевого ложа обрезать не следует, так как это является частой причиной образования заусениц, а затем и гнояников. Окрашивать ногти лаком не рекомендуется. Мыть руки нужно со щеткой. Это необходимо, с одной стороны, для того, чтобы очистить от грязи околоногтевые и подногтевые пространства, а с другой, чтобы кожа в этих областях стала несколько грубее.

Частое мытье рук ведет к сухости кожи, поэтому ее нужно постоянно питать, смазывая ежедневно на ночь и после работы каким-нибудь кремом, можно смесью глицерина с нашатырем (1/4 нашатырного спирта и 3/4 глицерина) и втирать эту смесь в кожу после мытья рук.

Необходимо тщательно ухаживать за волосами. Мыть волосы рекомендуется не чаще 1 раза в 10–14 дней. Горячая вода применяется для мытья жирных волос, при сухих волосах нужно употреблять теплую воду.

Волосы всегда должны быть аккуратно причесаны, следует избегать чрезмерно пышных причесок, при которых волосы во время работы могут выбиваться из-под шапочки или косынки.

Уход за полостью рта также имеет большое значение, так как небрежное отношение приводит к разрушению зубов и появлению неприятного запаха изо рта. Следует 2 раза в сутки (на ночь и утром) чистить зубы и после каждого приема пищи полоскать рот. Надо периодически показываться зубному врачу для того, чтобы в случае необходимости провести своевременное лечение. Нельзя считать культурным человека, который пренебрегает требованиями гигиены, небрежно относится к состоянию полости рта, превращая ее в источник болезней. Неприятный запах изо рта может быть обусловлен и другими причинами, которые следует выяснить, чтобы избавиться от этого недостатка, затрудняющего общение с людьми. Идя на работу, не следует употреблять в пищу сильно пахнущие вещества (чеснок, лук и др.).

Медицинский работник обязан также соблюдать гигиену одежды. Одежда должна соответствовать времени года и климатическим условиям, а покрой ее должен быть таким, чтобы не затруднять кровообращение отдельных частей тела и работу органов.

При выборе ткани для рабочего платья следует учитывать характер выполняемой работы. В большинстве инфекционных больниц, в родильных домах, в ряде хирургических отделений для сотрудников имеются индивидуальные шкафы, предназначенные для хранения не только спецодежды, но и рабочего платья и рабочей обуви. В таких случаях для ношения вне рабочего времени можно приобрести платье из любой ткани, а для работы иметь простое хлопчатобумажное легко стирающееся платье.

Для работы удобнее всего юбка с блузкой.

Верхнюю одежду и шерстяное платье необходимо чаще чистить щеткой, или обрабатывать пылесосом, а загрязненные места следует чистить бензином.

Нижнее белье требует смены не реже 1 раза в неделю. Для сна нужно иметь ночную рубашку и ни в коем случае не ложиться в постель в том белье, которое было на теле весь день.

Обувь следует выбирать удобную, не стесняющую ногу, на небольшом каблуке. От обуви на микропористой или каучуковой подошве лучше отказаться, так как на такой обуви уличная грязь вносится в лечебное учреждение или в квартиру больного.

Спецодежда медицинского работника состоит из халата, головного убора и обуви. В хирургических отделениях, родильных домах, инфекционных и некоторых других отделениях к спецодежде относят также платье.

Форма головного убора для врача – колпачок, для медицинской сестры – косынка или колпачок, для санитарки – косынка. Ткань, из которой сделан головной убор, должна быть белого цвета, льняная или хлопчатобумажная, легко стирающаяся. Любой головной убор должен полностью покрывать волосы. Халат шьют из белой хлопчатобумажной или льняной ткани, которая не разрушается от частой стирки, кипячения и обработки дезинфицирующими средствами. Халат должен прикрывать платье полностью. Для всех медицинских работников принят в основном халат с застежкой сзади, в некоторых отделениях допустим двубортный халат. Халат и головной убор должны быть не просто чистыми, а белоснежными.

Медицинский персонал, работающий в стационаре, обязан носить тапочки. Это диктуется удобством для самого работника и интересами больных, так как при ходьбе в тапочках нет шума. Тапочки следует носить кожаные или на резиновой подошве, но не войлочные и не меховые, так как они хорошо впитывают в грязь и трудно поддаются санитарной обработке.

Медицинская этика требует от медицинского работника не только соблюдения правил личной гигиены, но и приличия. Одежда должна быть не только чистой, но и удобной для

выполнения работы. Она не должна раздражать больных чрезмерной яркостью или вычурным покроем. Духи или одеколон нужно употреблять в умеренном количестве, и только те из них, которые обладают не резким запахом. Скромность и умеренность в употреблении косметики и ношении различных украшений диктуются самим характером деятельности медицинского работника.

## Медицинские учреждения и организация их работы

### ТИПЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Лечебно-профилактические учреждения можно разделить на две основные группы: амбулатории и стационары. Амбулатория – это лечебное учреждение, которое оказывает лечебную помощь проходящим больным и больным, находящимся на дому. Стационар – лечебное учреждение, в котором проводится лечение больного в палате на койке. Амбулаторно медицинскую помощь получает более 80 % больных, в стационаре около 20 %. И те, и другие учреждения занимаются не только лечением, но и профилактикой.

К учреждениям амбулаторного типа относят собственно амбулатории, поликлиники, медико-санитарные части, диспансеры, консультации, пункты неотложной помощи, станции скорой помощи.

В поликлинике в отличие от амбулатории квалифицированную медицинскую помощь можно получить у различных специалистов (в амбулатории прием ведут только врачи основных специальностей). Поликлиники оснащены всем необходимым оборудованием для распознавания болезней и их лечения, одновременно они являются местом практики студентов и научно-исследовательских занятий. При необходимости амбулатории направляют больных на консультацию в поликлиники.

Медико-санитарная часть – это лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного типа, обслуживающее рабочих предприятия. Задачей медико-санитарной части является оказание первой помощи, предупреждение заболеваний, связанных с процессом работы, и лечение больных. При крупных медико-санитарных частях, как правило, есть стационары.

На фабриках и заводах, сельскохозяйственных предприятиях имеются здравпункты, медицинские пункты, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, которые подчинены медико-санитарным частям или поликлиникам.

Поликлиники работают по участковому принципу, медико-санитарные части и здравпункты – по цеховому. Территория, закрепленная за поликлиникой, разделена на участки с определенным количеством взрослого и детского населения. Каждый участок обслуживается закрепленными врачами и медицинскими сестрами. Лечебно-профилактическую работу на участке организует участковый врач или ординатор. Он руководит медицинскими сестрами, привлекает к работе специалистов разного профиля.

Диспансер – это лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного типа, но узкого профиля. В круг работы персонала диспансера входит лечение и предупреждение заболеваний какого-либо одного рода. Например, туберкулезный диспансер занимается лечением больных туберкулезом, предупреждением туберкулеза у лиц, окружающих больного дома и на работе, массовым обследованием населения для выявления ранних форм туберкулеза, предупреждением заболевания путем проведения прививок и т. д. Соответственно онкологический диспансер занимается лечением и предупреждением злокачественных опухолей. И т. д.

Детская и женская консультации, помимо лечения детских и женских болезней, проводят наблюдение за детьми в возрасте до 16 лет и за беременными женщинами в течение всего периода беременности и кормления. Консультации входят в состав поликлиник.

Станции скорой помощи и пункты неотложной помощи при поликлиниках круглосуточно обеспечивают медицинскую помощью население в случаях острой необходимости.

На станциях скорой помощи в основном работают фельдшера, так как им часто приходится выезжать самостоятельно и оказывать первую помощь, принимать внезапно наступив-

шие дома роды, перевозить тяжелобольных в больницу и т. д. Врач скорой помощи едет к больному вместе с одним или двумя фельдшерами – помощниками.

К учреждениям стационарного типа относятся больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории. В зависимости от величины и подчинения больницы делятся на республиканские, областные, городские, районные и сельские. Кроме того, больницы бывают общие, со специализированными отделениями и специализированные, предназначенные для лечения больных с определенными заболеваниями. Например, больницы для инфекционных больных, больных туберкулезом, для нервных и психически больных и т. д.

Клиника – это больница, где осуществляется не только стационарное лечение больных, но и обучение студентов и научно-исследовательская работа.

Госпиталем называют больницу для военнослужащих и пенсионеров бывших военнослужащих.

Санатории – это стационары, в которых проводится главным образом долечивание больных. Часть санаториев расположена на курортах, т. е. в местностях с особым климатом, благоприятным для лечения того или иного заболевания, минеральными источниками, лечебными грязями и др.

Кроме лечебных учреждений амбулаторного и стационарного типа, есть лечебные учреждения полустационарного типа. К ним относятся ночные и дневные профилактории при крупных медико-санитарных частях, туберкулезных диспансерах и больницах. В этих учреждениях больные проводят часть суток или все не занятое работой время, получают лечение под контролем медицинского персонала, питаются и отдыхают.

## **ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

В работе медицинских сестер в амбулаториях и поликлиниках больше самостоятельности и ответственности, чем в работе медицинского персонала стационаров. Объясняется это характером работы поликлиники. От врача на приеме требуется оперативность, четкость и организованность, так как он должен принять большое количество пациентов: определить характер заболевания, назначить лечение, провести беседу относительно рекомендуемого режима и лечения, ответить на вопросы больного. Врач должен назначить необходимое обследование, посоветоваться со специалистами, записать все эти сведения в медицинскую карту амбулаторного больного. Участковая медицинская сестра должна активно помогать врачу на приеме, освобождая его от несложных обязанностей, чтобы он мог сосредоточить все свое внимание на больном.

В обязанность поликлинической медицинской сестры входит организация приема и помощь врачу во время приема.

Придя на 15–20 минут раньше врача, медицинская сестра должна подготовить прием: произвести опрос ожидающих врача с целью обеспечения более быстрого приема слабых, лихорадящих, подозрительных на инфекционные заболевания больных (требующих срочной изоляции) и работающих; проверить и подготовить кабинет к приему (дать соответствующие указания санитарке); подготовить амбулаторные карты, лабораторные анализы и другие документы к приему врача.

Во время приема медсестра вызывает больных, объясняет им, как сдать анализы, подсказывает, где находится тот или иной кабинет, а при необходимости и провожает больных. Медсестра выписывает рецепты, направления в лаборатории, в рентгеновский кабинет и на консультации к специалистам, делает выписки из медицинской карты и оформляет другую документацию, организует при необходимости помещение больного в стационар.

Назначения врачей в процедурных кабинетах поликлиники выполняют опытные медицинские сестры. На дому у больного участковая сестра, выполнив указания врача, должна про-

верить, соблюдает ли больной назначенный режим, обучить родственников или соседей правилам ухода.

О малейших изменениях в состоянии больного медсестра обязана сообщить врачу.

Медицинские сестры помогают врачам поликлиники проводить диспансеризацию, вызывают больных, организуют профилактический прием, оформляют документацию и т. д.

Участие медицинских сестер в санитарно-просветительной работе выражается в организации лекций в поликлинике и на участке, помощи врачу во время чтения лекций, проведении бесед, чтении и распространении листовок, оформлении санитарных бюллетеней и другой документации, связанной с этой работой.

В проведении санитарно-противоэпидемической работы на участке врачу помогает участковая сестра или специальная сестра – помощник эпидемиолога. Она наблюдает за очагом инфекционного заболевания, проводит текущую дезинфекцию, измеряет температуру у лиц, соприкасавшихся с больным, проводит прививки и т. д.

В обязанности медицинских сестер диспансера и консультации, помимо обычной амбулаторной работы, входит патронаж больных.

Например, патронажная сестра туберкулезного диспансера регулярно посещает больных туберкулезом в активной стадии и проверяет, есть ли у них отдельная постель, отдельно ли хранится, моется и дезинфицируется их посуда и белье, правильно ли они моют и дезинфицируют свою плевательницу, как проводится уборка и проветривание комнаты. Медсестра приносит больному лекарства, при необходимости приглашает близких больного на контрольный осмотр, проводит с ними беседу о правилах личной гигиены.

Патронажная сестра женской консультации посещает беременных женщин и проверяет, имеют ли они отдельную постель, соблюдают ли диету, достаточно ли бывают на свежем воздухе. Она обучает беременных женщин соблюдать правила гигиены и готовиться к материнству.

Патронажная сестра детской консультации начинает посещать семью до рождения ребенка, чтобы познакомиться с условиями быта и подготовить обстановку для будущего ребенка. Через 1–2 дня после выписки матери из родильного дома сестра навещает новорожденного. Она осматривает ребенка и обучает мать уходу за ним.

Кроме того, патронажная сестра детской консультации навещает детей дошкольного и школьного возраста, проверяет, в каких условиях они живут, и помогает наладить правильный режим, а в случае болезни обучает мать правильному уходу за больным ребенком.

Дежурная медицинская сестра пункта неотложной помощи принимает вызовы по телефону, передает их врачу, в отсутствие врача оказывает больным первую помощь, выезжает к больным выполнить назначения врача. Она укомплектовывает чемодан врача медикаментами и инструментами, ведет документацию.

## **УСТРОЙСТВО ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Районные, городские и сельские больницы располагаются обычно в центре обслуживаемой территории и вдали от крупных предприятий, загрязняющих воздух, являющихся источником шума. Специализированные больницы располагаются в зависимости от профиля. Например, станции скорой помощи лучше находиться в центре района, а больницу для больных туберкулезом надо строить на окраине города или за городом.

Строят больницы по различным системам. При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие (1–3 этажа) отдельные здания. Такой тип планировки удобен для инфекционных больниц. При централизованной системе больница размещается в одном или нескольких крупных зданиях, соединенных в одно целое крытыми наземными или подземными коридорами. При смешанной системе строится крупное здание, в котором разме-

щаются основные лечебные неинфекционные отделения, и несколько небольших зданий для размещения инфекционных отделений, хозяйственных служб и т. д.

Территория больницы делится на три зоны: зону лечебных и лечебно-профилактических зданий (здания для лечебных и лечебно-вспомогательных отделений больницы, патологоанатомическое отделение, парк с физкультурными площадками и солярием); зону хозяйственного двора (кухня, прачечная, овощехранилище, гараж и т. д.); защитную зеленую зону шириной не менее 15 м, а перед лечебными зданиями не менее 30 м. Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Объединенная больница состоит из: стационара со специализированными отделениями и палатами и поликлиники со специализированными кабинетами; вспомогательных отделений (рентгеновского, патологоанатомического) и лабораторий; аптеки; кухни; прачечной; административных и других помещений.

При строительстве основных лечебно-профилактических зданий больницы принята коридорная система с двусторонней или односторонней застройкой. При односторонней застройке коридор хорошо освещен и хорошо проветривается, в него выходят двери палат или кабинетов. Ширина коридоров в стационарах должна быть 2,2 м, а в поликлинике – 3,2 м. В детских и туберкулезных больницах, кроме коридоров, есть еще закрытые и открытые веранды и балконы, предназначенные для пребывания больных на воздухе.

Стены в кабинетах, палатах и коридорах окрашивают в светлые тона. Нижние части стен (панели) покрывают масляной краской, верхние – клеевой. Лепные украшения для стен и потолков не применяются. В операционных и перевязочных, в помещениях санитарных узлов и пищеблоков масляной краской покрывают целиком стены и потолки, но лучше стены этих помещений облицевать глазурованными плитками. Переходы от стен к потолку и от стены к стене должны быть закруглены. Полы в медицинских учреждениях должны быть легко моющимися, непроницаемыми для влаги и не должны иметь щелей.

В палатах целесообразно покрывать полы линолеумом, допустимы и деревянные плотно пригнанные и хорошо покрашенные полы. Паркетные полы не должны иметь щелей. В помещениях, нуждающихся в частом мытье, полы покрывают метлахской плиткой. Такие полы обязательны в операционных, родовых.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Больные, направленные на госпитализацию, поступают, прежде всего, в приемное отделение стационара. В нем производят прием и регистрацию пациентов, оформляют соответствующую медицинскую документацию, проводят врачебный осмотр с установлением характера и тяжести заболевания, определение отделения для последующей госпитализации больных, оказание при необходимости экстренной медицинской помощи, санитарную обработку.

Как правило, в больницах организуется одно приемное отделение, в ряде больничных корпусов (инфекционном, родильном и др.) выделяют собственные приемные отделения. В крупных многопрофильных больницах могут функционировать несколько приемных отделений, оборудованных в специализированных блоках и корпусах (терапевтических, хирургических и т. д.).

При плановой госпитализации больные поступают в приемное отделение, имея на руках направление на госпитализацию и выписку из медицинской карты амбулаторного больного. В экстренных ситуациях больные могут быть доставлены также машиной скорой медицинской помощи. В некоторых случаях, почувствовав себя плохо, больные обращаются в больницу самостоятельно.

На каждого больного, поступающего в стационар, заводят историю болезни (карту стационарного больного), являющуюся в больницах основным первичным медицинским докумен-

том. В приемном отделении оформляют титульный лист истории болезни, куда заносят следующие данные о больном: фамилию, имя и отчество, год рождения, домашний адрес, номер и серию паспорта, место работы и должность, служебный и домашний телефоны (в необходимых случаях и телефоны близких родственников), точное время поступления, диагноз направившего учреждения. Если больной в тяжелом состоянии, то сначала ему оказывают необходимую медицинскую помощь и только потом производят регистрацию. Если больной в бессознательном состоянии, необходимые сведения записывают со слов сопровождающих его лиц. Кроме заполнения истории болезни, соответствующую запись делают и в журнале госпитализации.

В приемном отделении у больного измеряют температуру тела, проводят тщательный осмотр кожных покровов и волосистых частей тела с целью выявления педикулеза (вшивости). Полученные результаты вносят в историю болезни.

Следующим этапом является осмотр больного врачом приемного отделения, проводимый обычно в смотровом кабинете. В небольших больницах или при отсутствии экстренной госпитализации больных функции врача приемного отделения выполняет дежурный врач больницы. Для уточнения диагноза врач приемного отделения может приглашать для консультации специалистов (хирурга, гинеколога, невропатолога и др.). В необходимых случаях проводят срочные лабораторные и инструментальные исследования (анализы крови, мочи, снятие электрокардиограммы, рентгенологические исследования).

В приемных отделениях крупных многопрофильных больниц есть специальные диагностические палаты и изоляторы, в которых больных обследуют в течение нескольких дней для уточнения характера заболевания. Есть в них также малые операционные и перевязочные для проведения небольших по объему хирургических вмешательств и манипуляций, реанимационные палаты.

После окончания осмотра врач заполняет историю болезни, выносит диагноз больного при поступлении, отмечает необходимость санитарной обработки, определяет отделение, куда будет госпитализирован больной, и способ его транспортировки.

Если при осмотре выясняется, что необходимость в стационарном лечении отсутствует, то после оказания медицинской помощи больного отпускают домой с соответствующими документами и рекомендациями по амбулаторному лечению. Запись о таком посещении делают в специальном журнале.

## **АНТРОПОМЕТРИЯ**

При поступлении больного в стационар проводят антропометрию – измерение ряда конституциональных характеристик, т. е. тех или иных особенностей телосложения больного. К антропометрическим исследованиям относятся, например, измерение окружности грудной клетки, измерение продольных и поперечных размеров таза, имеющее большое значение в акушерстве, и т. д.

У всех больных при поступлении принято определять рост (длину тела), который измеряют в положении пациента сидя или стоя специальным ростомером, а также массу тела. Взвешивание больных производят с помощью специальных медицинских весов, натошак, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и освобождения кишечника.

Измерение антропометрических данных, прежде всего роста и массы тела, имеет большое значение и для клинической практики, в частности, для диагностики некоторых заболеваний: ожирения, алиментарной дистрофии (истощения вследствие длительного недостаточного питания), нарушений функций гипофиза и др. Измерение окружности грудной клетки (при спокойном дыхании, глубоком вдохе и выдохе) играет определенную роль в диагностике заболеваний легких. Регулярное взвешивание больного является достаточно надежным методом контроля отеков.

## САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА БОЛЬНЫХ

При поступлении больного в приемном отделении проводят его тщательный осмотр с целью выявления педикулеза. В таких случаях могут обнаружиться головная, платяная и лобковая вошь.

Головная вошь поражает волосяной покров головы, откладывая яички (гниды) к стержню волос, в результате чего последние часто между собой склеиваются. Платяные вши, вызывающие поражения кожных покровов туловища, обнаруживаются чаще всего в складках белья (вдоль внутренних швов). Лобковая вошь (площица) паразитирует на волосистых поверхностях лобковой области, иногда поражая усы, бороду, брови, ресницы, волосяной покров подмышечных впадин.

Вши (платяные) являются переносчиками сыпного и вшиного возвратного тифа, возбудители которых проникают через поврежденную кожу при раздавливании вшей и последующих расчесах. Распространение педикулеза наблюдается при неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях и свидетельствует в первую очередь о плохой постановке банно-прачечного дела.

При обнаружении вшивости проводят санитарную обработку, которая может быть полной (мытьё больного с мылом и мочалкой в ванне или под душем, уничтожение микроорганизмов и насекомых в белье, одежде, обуви, постельных принадлежностях и жилых помещениях, т. е. дезинфекция и дезинсекция) или частичной, подразумевающей только мытьё людей и дезинфекцию (дезинсекцию) белья, одежды и обуви.

Для борьбы с ПЕДИКУЛЕЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЕСТЬ МНОЖЕСТВО СПЕЦИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ НЕТОКСИЧНЫ, И НЕ ТРЕБУЮТ СТИЖК И ВОЛОС. Средство накладывают на волосяной покров головы и покрывают вошеной бумагой, сверху на голову повязывают косынку или надевают шапочку, или просто моют голову специальным шампунем. Для удаления гнид в течение нескольких дней повторно расчесывают волосы частым гребнем с ватой, смоченной горячим 10 % раствором столового уксуса.

Для уничтожения лобковых вшей сбывают пораженные волосы, после чего обычно достаточным бывает повторное мытьё тела горячей водой с мылом.

Белье и одежда больных обеззараживаются в дезинсекционных камерах (паровоздушных, горячевоздушных и т. д.). Медицинский персонал, осуществляющий обработку больных с педикулезом, должен пользоваться специальной длинной одеждой из прорезиненной ткани или плотного холста.

Профилактика вшивости состоит в регулярном мытьё тела, своевременной смене нательного и постельного белья.

При поступлении в стационар в необходимых случаях больные принимают гигиеническую ванну или душ, причем больных, нуждающихся в посторонней помощи, опускают в ванну на простыне или сажают на поставленный в ванну табурет и обливают с помощью душа.

Гигиеническую ванну или душ в приемном отделении (иногда это не совсем правильно называют санитарной обработкой) должны принимать все больные, затем они переодеваются в больничную одежду. На практике это правило соблюдается далеко не всегда, что связано с несколькими причинами. С одной стороны, больные, поступающие на госпитализацию в плановом порядке, принимают, как правило, душ или ванну дома. С другой стороны, в приемном отделении стационара часто не хватает помещений и медицинского персонала, чтобы организовать прием ванны или душа всем поступающим больным.

Что касается больничного белья (пижам и халатов), то оно часто отличается невысоким качеством, и больные переодеваются в одежду, взятую с собой из дома. Поэтому больные принимают ванну в приемном отделении и переодеваются в больничную одежду обычно лишь

по определенным показаниям (в инфекционных больницах, при сильном загрязнении кожных покровов и т. д.).

Не разрешается принимать гигиеническую ванну больным с тяжелыми заболеваниями (с гипертоническим кризом, острым инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, с выраженной недостаточностью кровообращения, туберкулезом в активной фазе и др.), некоторыми кожными заболеваниями, заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства, а также роженицам. Обычно в таких случаях кожные покровы больного обтирают тампоном, смоченным теплой водой с мылом, затем чистой водой и насухо вытирают.

Для обтирания можно также использовать теплую воду с добавлением одеколona или спирта. Ногти у больных коротко подстригают.

## **ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ**

Способ транспортировки больного в отделение обычно определяет врач, осматривающий его. Выбор способа транспортировки в некоторых случаях имеет очень большое значение. Например, даже минимальная двигательная активность больного с внутренним кровотечением или с острой стадией инфаркта миокарда может серьезно ухудшить их состояние.

Больные, находящиеся в удовлетворительном состоянии, направляются в отделение пешком – в сопровождении медицинской сестры или санитарки. Ослабленных больных, инвалидов, пациентов пожилого и старческого возраста часто перевозят на специальном кресле-каталке, избегая при этом резких толчков и рывков. Тяжелобольных транспортируют на каталке или переносят на носилках.

Носилки с больным могут нести два или четыре человека, причем они идут не в ногу, короткими шагами. При подъеме по лестнице больного несут головой вперед, при спуске – ногами вперед, приподнимая в обоих случаях ножной конец носилок. Для облегчения переноски носилок используются специальные санитарные лямки.

Переноску больного на руках и его перекаладывание могут осуществлять один, два или три человека. Если больного переносит один человек, то одной рукой он обхватывает грудную клетку пациента на уровне лопаток, а другую руку подводит под его бедра, при этом пациент в свою очередь обхватывает несущего за шею.

При перекаладывании больного с носилок на постель носилки лучше располагать под прямым углом к кровати, чтобы ножной конец носилок был ближе к головному концу кровати, подняв больного, его подносят вполоборота к кровати и укладывают на постель. Если такое расположение носилок по каким-либо причинам оказывается невозможным, то носилки ставят параллельно, персонал при этом находится между носилками и кроватью последовательно, или, в крайнем случае, вплотную к ней. Перед перекаладыванием больного обязательно проверяют готовность постели, наличие необходимых предметов ухода.

В настоящее время используются специальные приспособления, позволяющие облегчить переноску и перекаладывание больных.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Стационарное лечение больных терапевтического профиля проводят в общетерапевтических отделениях. В многопрофильных больницах выделяют специализированные терапевтические отделения (кардиологические, гастроэнтерологические и др.), предназначенные для обследования и лечения больных с определенными заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, почек и т. д.).

Отделение возглавляет заведующий, которого обычно назначают из числа наиболее опытных врачей. Он организует своевременное обследование и лечение больных, контролирует работу медицинского персонала, отвечает за рациональное использование коечного фонда отделения, медицинского оборудования и лекарственных средств.

В штатном расписании сотрудников терапевтических отделений предусматриваются должности палатных врачей (больничных ординаторов), непосредственно осуществляющих обследование и лечение больных; старшей медицинской сестры, организующей и контролирующей работу палатных медсестер и санитаров; сестры-хозяйки, отвечающей за своевременное обеспечение отделения мягким и твердым инвентарем, а также нательным и постельным бельем; палатных медицинских сестер, работающих на посту и выполняющих назначения лечащих врачей по обследованию и лечению пациентов; процедурной медицинской сестры, выполняющей определенные манипуляции в процедурном кабинете; младших медицинских сестер, санитарок-буфетчиц и санитарок-уборщиц, обеспечивающих уход за больными, их питание, поддержание необходимого санитарного состояния в отделении.

В терапевтическом отделении может быть развернуто различное количество коек. В свою очередь каждое отделение подразделяется на так называемые палатные секции, насчитывающие обычно по 30 коек каждая.

Кроме палат, терапевтические отделения включают в себя кабинет заведующего отделением, кабинет врачей (ординаторскую), комнаты старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки, процедурный кабинет, буфетную, столовую, ванную комнату, клизменную, помещение для мытья и стерилизации суден и хранения предметов уборки, место для хранения каталок и передвижных кресел, туалеты для больных и медицинского персонала. В каждом отделении предусматриваются помещения для дневного пребывания больных – холлы, веранды и т. п.

Для организации полноценного лечения больных и ухода за ними большое значение имеет правильное оборудование палат, в которых больные проводят большую часть времени. С точки зрения обеспечения необходимого лечебно-охранительного режима идеальным считается такое положение, когда 60 % палат в отделении развертывается на 4 койки в каждой, 20 % – на 2 койки и 20 % – на одну. Иначе говоря, в палатной секции на 30 коек должно быть выделено 6 четырехместных палат, две двухместных и две одноместных, причем с тем условием, чтобы на одного больного в общей палате приходилось 7 м<sup>2</sup> площади, а в одноместной – 9 м<sup>2</sup>. Меньшая площадь отрицательно сказывается на организации лечения и ухода за больными.

Палаты оснащают необходимым медицинским оборудованием и мебелью: медицинскими (функциональными) кроватями, прикроватными столиками или тумбочками, общим столом и стульями.

В общих палатах целесообразно использовать специальные переносные ширмы, позволяющие в необходимых случаях (выполнение некоторых манипуляций, отправление физиологических потребностей и др.) оградить больного от постороннего наблюдения. С этой целью применяют и стационарные ширмы в виде занавески, прикрепляющейся к специальной раме. Такую занавеску можно легко задернуть вокруг больного, а затем снова открыть.

В палатах около каждой кровати оборудуют индивидуальные лампы ночного пользования и радиоточки. К каждой кровати целесообразно подвести сигнализацию, чтобы любой больной при необходимости мог вызвать медицинский персонал.

В палатной секции (в коридоре) оборудуют пост медицинской сестры, являющийся ее непосредственным рабочим местом. На посту находится стол с выдвигающимися и запирающимися ящиками для хранения необходимой медицинской документации, настольная лампа и телефон. Истории болезни лучше хранить в отдельном ящике или шкафчике, разделенном на отсеки (соответственно номерам палат), что позволяет быстро найти нужную историю болезни.

На посту медицинской сестры должен быть также шкаф (или несколько шкафчиков) для хранения лекарств. При этом обязательно выделяют запирающиеся отсеки, в которых нахо-

дятся препараты группы А (ядовитые) и Б (сильнодействующие). На специальных полках размещают лекарственные средства для наружного и внутреннего употребления, а также препараты для инъекционного введения. Отдельно хранят инструменты, перевязочный материал, легковоспламеняющиеся вещества (спирт, эфир). Лекарственные препараты, которые при хранении быстро теряют свои свойства (настои, отвары, сыворотки и вакцины), помещают в специальный холодильник. Отдельно хранят предметы ухода за больными (градусники, грелки, банки и т. д.), а также посуду для взятия анализов. Рядом с постом устанавливают весы для взвешивания больных.

Здесь же оборудуют процедурный кабинет. В нем работает специально обученная процедурная медсестра.

В процедурном кабинете производят различные диагностические и лечебные манипуляции: подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, взятие крови для клинических и биохимических анализов, определение группы крови, плевральную пункцию для удаления жидкости из плевральной полости, пункцию брюшной полости при асците, диагностическую пункцию печени, измерение венозного давления и скорости кровотока, желудочное и дуоденальное зондирование.

В процедурном кабинете собирают системы для внутривенного капельного введения лекарственных средств, проводят стерилизацию шприцев и игл кипячением (если в больнице нет центральной стерилизационной).

Так как многие манипуляции, выполняемые в процедурном кабинете, носят инвазивный характер (т. е. связаны с опасностью проникновения микробной флоры в организм больного), к санитарному состоянию этого помещения предъявляются большие требования, в частности, с помощью бактерицидной лампы проводят регулярное обеззараживание воздуха.

Функционирование терапевтического отделения предусматривает и ведение необходимой медицинской документации. Перечень ее является довольно обширным и включает много наименований. К документам, оформлением которых занимаются в основном врачи, относятся, например, история болезни, карта выбывшего из стационара, листок нетрудоспособности и др.

Ряд медицинских документов в отделении заполняют и ведут постовые медицинские сестры. Это тетрадь (журнал) врачебных назначений, куда при проверке историй болезни медицинская сестра вносит сделанные врачом назначения, сводки учета больных отделения, где отражаются данные о движении больных (т. е. поступлении, выписке и т. д.) за сутки, температурные листы, порционники с указанием числа больных, получающих тот или иной стол.

Одним из основных документов, который постоянно ведет на посту медицинская сестра, является журнал передачи дежурств. В нем отмечают данные о движении больных за смену, указывают назначения, касающиеся подготовки больных к исследованиям, заостряют внимание на состоянии тяжелобольных, нуждающихся в постоянном наблюдении.

Прием-передача дежурства является ответственным мероприятием, и требует от медицинских сестер большой собранности. Формально проведенные, скомканные прием и передача дежурств ведут, как правило, к различного рода упущениям, невыполненным назначениям и т. п.

Эффективность лечения больных в стационаре в немалой степени зависит от организации необходимого лечебно-охранительного режима в отделении. Создание такого режима предполагает ограждение больного от различных отрицательных эмоций (связанных, например, с болью), обеспечение условий для достаточного и полноценного сна и отдыха (рациональное размещение больных в палатах, тишина в отделении), разрешение прогулок в теплое время года и посещения больных родственниками, обеспечение больных свежими газетами и журналами, организация в больнице буфета с достаточно широким ассортиментом продук-

тов, необходимых для диетического питания, что имеет определенное значение, например, для иногородних больных и т. д.

В стационарах пока еще нередко наблюдается довольно большое количество факторов, существенно нарушающих принципы лечебно-охранительного режима. К ним относятся случаи неправильного или несвоевременного выполнения необходимых назначений, грубость и невнимательность к больным со стороны медицинского персонала (например, недостаточное обезболивание пациентов при проведении болезненных манипуляций). Отрицательно влияют на больных нарушения, встречающиеся порой в работе медперсонала отделений (например, стук дверей и звяканье ведер, сопровождающиеся возгласами медперсонала в ранние утренние часы, нерегулярное проведение влажной уборки, трудности со своевременной сменой постельного белья, плохо приготовленная пища), неполадки в санитарно-техническом обеспечении (перебои в подаче горячей воды, срывы в отоплении, неисправные телефоны и др.). Список подобных издержек можно было бы продолжить. Перечисленные «мелочи» неблагоприятно отражаются на состоянии больных и снижают авторитет лечебного учреждения. Создание в больнице оптимального лечебно-охранительного режима является задачей, в решении которой должны активно участвовать все службы медицинского учреждения.

## **САНИТАРНЫЙ РЕЖИМ БОЛЬНИЦЫ**

Поддержание требуемого санитарного режима в больничных помещениях играет огромную роль в работе стационара, организации лечебного процесса и ухода за больными, а также в профилактике многих заболеваний. Нарушения требований и правил санитарного режима приводит к загрязненности помещений, размножению патогенных микроорганизмов, распространению различных насекомых. Так, плохая вентиляция палат приводит к повышению уровня бактериальной загрязненности воздуха, а сохранение остатков пищи в буфете и несвоевременное удаление пищевых отходов способствуют появлению тараканов. Плохой уход за мягким инвентарем, мебелью, матрацами, трещины в стенах и плинтусах способствуют распространению постельных клопов, а несвоевременный вывоз мусора с территории больницы вызывает распространение мух. Нарушения правил хранения пищевых продуктов на пищеблоке ведут к появлению грызунов.

Несоблюдение санитарного режима увеличивает опасность распространения внутрибольничных инфекций – инфекционных заболеваний, которые возникают у больных, находящихся в стационарах, или у медицинских работников, связанных с лечением и уходом за пациентами, в результате нарушений правил асептики и антисептики, т. е. мероприятий, направленных на борьбу с возбудителями различных инфекций. К числу таких заболеваний, распространяющихся в больничных условиях, относятся, грипп, инфекционный (сывороточный) гепатит В, заражение которым происходит вследствие плохой стерилизации шприцев и игл, а в детских отделениях – это корь, скарлатина, ветряная оспа и др.

При организации санитарного режима в больнице существенные требования предъявляют к освещению, вентиляции и отоплению, т. е. созданию в больничных помещениях определенного микроклимата.

Немаловажное значение должно придаваться освещению палат. При этом надо помнить, что прямые солнечные лучи обладают бактерицидным действием, т. е. способствуют снижению уровня бактериальной загрязненности воздуха. В то же время необходимо, чтобы освещение было достаточной интенсивности, равномерным, биологически полноценным по своему спектру. По этим соображениям, например, окна палат принято ориентировать на юг и юго-восток, а окна операционных – на север. Для лучшего использования дневного освещения койки в палатах целесообразно расставлять параллельно стене с окнами. Во избежание ослепляющего

действия прямых солнечных лучей и перегрева палат окна должны быть оборудованы козырьками, шторами или иметь жалюзи.

При организации искусственного освещения принимают во внимание, что люминесцентные лампы обеспечивают больному больший комфорт, чем обычные лампы накаливания. В некоторых подразделениях (операционных, родильных блоках и т. д.) предусматривают также аварийное освещение.

Обязательным условием поддержания санитарного режима в больницах является достаточная вентиляция, т. е. удаление из помещений загрязненного воздуха и замена его чистым воздухом. Естественное проветривание осуществляется регулярным открыванием окон или фрамуг. Систематическое не проветривание палат приводит к застаиванию воздуха и значительному увеличению его бактериальной загрязненности, что облегчает распространение внутрибольничных инфекций. В ряде помещений, например в операционных, используют автоматическое поддержание чистоты, состава, влажности и скорости движения воздуха с помощью кондиционеров.

Организуя отопление в больницах исходят из того, что для человека оптимальная температура в помещениях составляет в зимнее время  $+20\text{ }^{\circ}\text{C}$ , а в летнее время  $+23\text{--}24\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Гигиеническим требованием лучше всего отвечает лучистое отопление (при расположении нагретых поверхностей в стенах, полу, потолке), предупреждающее значительную разницу между температурой источника тепла и температурой человеческого тела.

Поддержание санитарного режима предусматривает регулярную тщательную уборку помещений и территории больницы. Мусор из корпусов и отделений выносят в металлические баки с плотно закрывающимися крышками и своевременно вывозят.

Уборка больничных помещений должна быть обязательно влажной, поскольку мытье уменьшает микробную загрязненность помещений и поверхностей предметов.

Обеззараживание может быть достигнуто различными способами. Так, кипячение широко применяют для дезинфекции посуды, белья, предметов ухода за больными. Ультрафиолетовое излучение ртутно-кварцевых и ртутно-увиолевых ламп используют для обеззараживания воздуха в палатах, процедурных кабинетах, операционных.

Для дезинфекции наиболее часто применяют хлорсодержащие соединения (хлорную известь, хлорамин, гипохлорит кальция, натрия и лития и др.). Антимикробные свойства препаратов хлора связаны с действием хлорноватистой кислоты, выделяющейся при растворении хлора и его соединений в воде.

Раствор хлорной извести готовится по определенным правилам. 1 кг сухой хлорной извести разводят в 10 л воды, получая при этом так называемое 10 %-ное хлорно-известковое молоко, которое оставляют в специальном помещении в темной посуде на 1 сутки. Затем осветленный раствор хлорной извести сливают в соответствующую емкость из темного стекла, помещают дату приготовления и хранят емкость в затемненном помещении, поскольку активный хлор на свету быстро разрушается. В дальнейшем для влажной уборки используют 0,5 % осветленный раствор хлорной извести, для чего, например, берут 9,5 л воды и 0,5 л 10 % раствора хлорной извести. Раствор хлорамина чаще всего применяют в виде 0,2–3% раствора (преимущественно 1 %).

Но такие средства – почти вчерашний день, и только хроническое отсутствие финансирования не позволяет полностью перейти на дезинфектанты нового поколения, которые менее токсичны, эффективней уничтожают микроорганизмы, и гораздо удобнее в употреблении. Современные средства дезинфекции дифференцированы – для обработки рук, для обработки инструментов, для обработки помещений и для обработки белья и выделений больных.

Влажную уборку больничных помещений проводят ежедневно. В палатах, коридорах и кабинетах – утром, после подъема больных. Во время уборки обращают внимание на санитар-

ное состояние тумбочек и прикроватных столиков, где не разрешается хранить скоропортящиеся продукты, способные вызвать пищевые отравления.

Мебель, подоконники, двери и дверные ручки, а также (в последнюю очередь) пол протирают влажной тряпкой. Влажную уборку обязательно завершают проветриванием палат, поскольку хождение больных и медперсонала, перестилание постелей сопровождаются увеличением бактериальной загрязненности воздуха.

Для поддержания чистоты в палатах влажную уборку повторяют по мере необходимости в течение дня, а также перед сном.

Влажную уборку столовых и буфетных производят после каждого приема пищи. Пищевые отходы собирают в закрытые ведра или бачки с крышками и выносят.

Очень важно соблюдать правила мытья посуды. Операция включает в себя двукратное мытье посуды горячей водой с применением соды, горчицы или других моющих средств, последующую дезинфекцию 0,2 % осветленным раствором хлорной извести и ополаскивание.

Особенно строгие требования предъявляют к личной гигиене работников кухни и буфетов, их регулярному и своевременному медицинскому осмотру и бактериологическому обследованию.

Влажную уборку санузлов (ванн, раковин, унитазов) проводят несколько раз в день по мере их загрязнения. Для мытья унитазов применяют 0,5 % осветленный раствор хлорной извести. Ванны моют после каждого больного теплой водой с мылом, после чего ополаскивают 0,5 % раствором хлорной извести или 1–2 % раствором хлорамина.

Генеральную уборку всех помещений с мытьем пола, обметанием стен и потолков проводят не реже 1 раза в неделю. Используемый при этом инвентарь (швабры, ведра и т. д.) должен иметь соответствующую маркировку (например, для мытья туалета, для мытья коридоров и т. д.).

Если в больничных помещениях обнаружены клопы или тараканы, применяют меры по их уничтожению (дезинсекция). Комплекс специальных мероприятий (дератизация) проводят и при выявлении грызунов. Так как дезинсекция и дератизация связаны с применением токсичных веществ, указанные мероприятия проводятся штатными сотрудниками санитарно-эпидемиологических станций (СЭС).

Профилактика распространения мух, клопов, тараканов и грызунов в больницах заключается в соблюдении в помещениях чистоты, своевременном удалении мусора и пищевых отходов, тщательной заделке щелей в стенах, хранении пищевых продуктов в недоступных для грызунов местах.

Заметим, что поддержание необходимого санитарного состояния в больницах предполагает не только строгое выполнение медицинским персоналом и больными санитарных норм и режима влажной уборки различных помещений, но также и соблюдения медицинским персоналом и больными правил личной гигиены.

## **Личная гигиена больного**

### **ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ**

При заболеваниях наблюдаются различные изменения положения больного. Так, при удовлетворительном состоянии пациенты активны, они легко и свободно осуществляют те или иные движения. При невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости и др.) говорят о пассивном положении больного. При некоторых заболеваниях встречается вынужденное положение, которое пациенты должны принимать для уменьшения болезненных ощущений. Примером вынужденного положения может служить так называемое ортопноэ – сидячее положение больного со спущенными вниз ногами. Его принимают больные с недостаточностью кровообращения и застоем крови в малом круге кровообращения. В положении ортопноэ происходит перераспределение крови с депонированием ее в венах нижних конечностей, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и ослабевает одышка.

Положение больного не всегда совпадает с назначенным больному двигательным режимом – строгим постельным (больному не разрешается даже поворачиваться), постельным (можно поворачиваться в постели, не покидая ее), полупостельным (можно встать) и общим (без существенного ограничения двигательной активности). Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должны соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения. А обморок, приводящий к кратковременному пассивному положению пациента, вовсе не является показанием для последующего ограничения двигательного режима.

Необходимость создания тяжелобольному удобного положения в постели обуславливает ряд требований к устройству кровати. Для этого лучше всего подходит так называемая функциональная кровать, головной и ножной конец которой можно при необходимости перевести в нужное положение – поднять или опустить. (В ее кроватной сетке предусмотрено несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки.) Сейчас есть более совершенные кровати, предусматривающие вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения суден и мочеприемника. Подъем или опускание головной части кровати больной может производить сам нажатием специальной ручки.

В некоторых случаях для придания больному удобного положения пользуются подголовниками, дополнительными подушками, валиками, подставками для упора ног. Больным с повреждениями позвоночника под матрац подкладывают твердый щит. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуют боковыми сетками. Кровати в палатах устанавливают так, чтобы к ним легко можно было подойти с любой стороны.

### **СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ**

Для тяжелобольных пациентов правильное приготовление постели и контроль ее состояния имеют очень большое значение. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью. Для больных, которые страдают недержанием мочи и кала, желательно использовать многосекционный матрац, средняя часть которого имеет углубление для судна. Для таких пациентов матрацы обшиваются клеенкой.

Подушки должны быть средних размеров, в некоторых случаях (при тяжелой одышке) больным удобнее находиться на высоких подушках, в других (например, после операции до выхода из наркоза) – на низких, или вообще без них.

Во всех случаях простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац (иногда края целесообразно подколоть к матрацу).

Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте и опрятности. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза в 10 дней, а в ряде случаев – значительно чаще, по мере загрязнения. Смену постельного и нательного белья нужно проводить умело, не создавая больному неудобств и стараясь не причинять ему болезненных ощущений.

При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекадывают на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню.

Если больному запрещено двигаться, грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз. После этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют.

При смене рубашки у тяжелобольного подводят руку под его спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают рубашку через голову и освобождают рукава. При повреждении одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного.

## **ПОДАЧА СУДНА И МОЧЕПРИЕМНИКА**

Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать физиологические отправления лежа. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Если тяжелобольной, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, его желательно отгородить от других больных ширмой. Вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды (для устранения запаха) подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях, и, помогая ему свободной рукой приподнять таз.

Судно после использования тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 1–2 % раствором хлорной извести, 3 % раствором хлорамина или лизола или в растворе дезинфектанта соответствующего назначения.

При подаче мочеприемника надо учитывать, что далеко не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. В некоторых случаях (при отсутствии противопоказаний) даже целесообразно положить теплую грелку на надлобковую область. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и промывают. Один раз в сутки мочеприемник нужно ополоснуть слабым раствором перманганата калия или хлористоводородной кислоты, чтобы устранить образующийся на его стенках осадок с запахом аммиака.

**УХОД ЗА КОЖЕЙ.** Кожа, внешний покров тела человека, выполняет ряд важных функций: играет защитную роль, участвует в терморегуляции, обмене веществ (дыхание, выделение) и является одним из важнейших органов чувств – кожным анализатором.

Кожа защищает организм от механических повреждений, избытка солнечного света, проникновения из внешней среды ядовитых и вредных веществ, микроорганизмов. На кожу постоянно попадают микробы, в том числе и болезнетворные, но заболевание возникает редко. Если

кожа здоровая и чистая, то микробы с ее поверхности удаляются вместе с отшелушивающимися ороговевшими клетками. Кислая среда поверхности здоровой кожи неблагоприятна для развития многих микробов, губительно для них также высыхание на поверхности кожи. Кроме того, кожа выделяет специальные вещества, которые вредно действуют на микробов.

Кожа участвует в обмене веществ, в основном газообмене. Она поглощает кислород и выделяет углекислоту. Правда, в нормальных условиях этот обмен составляет всего около 1 % газообмена, но во время физической работы, при повышении внешней температуры и в период пищеварения газообмен через кожу повышается.

С потом, кожным салом, роговыми чешуйками кожи из организма выделяется ряд веществ: белки, соли, мочевины и мочевая кислота, креатинин, летучие жирные кислоты, холестерин, витамины и др. При заболеваниях почек, печени и самой кожи количество выделяемых веществ увеличивается, при этом через кожу начинают выделяться и продукты нарушенного обмена веществ.

Важнейшая функция кожи – анализаторная. Она совершается благодаря заложенным в коже нервным окончаниям – рецепторам, воспринимающим различные раздражения, поступающие из внешней среды и воздействующие на организм. Это тепло, холод, прикосновение, давление, боль и т. д. Многочисленные и разнообразные кожные рецепторы, воспринимающие раздражения из внешней среды, являются важным звеном безусловных рефлексов, они участвуют в создании условных рефлексов. С кожным восприятием связаны важнейшие функции организма: работа мышц, терморегуляция, защитные рефлексы и т. д.

Выполнение кожей присущих ей функций является важнейшим условием здоровья. Чтобы кожа правильно функционировала, необходимо содержать ее в чистоте.

Болезнь вносит расстройство в деятельность всех органов и систем человеческого организма. Именно по этой причине тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться на постельном режиме. Загрязнение кожных покровов секретом потовых и сальных желез, другими выделениями ведет к появлению зуда, расчесов, вторичного инфицирования кожи, развитию грибковых заболеваний, возникновению в некоторых областях (межпальцевых складках ног, межягодичных складках, подмышечных впадинах) опрелостей (мокнущих поверхностей), в ряде случаев загрязнение кожных покровов способствует образованию пролежней.

Если нет противопоказаний, гигиеническую ванну или душ больные принимают не реже 1 раза в неделю. Кожные покровы больных, находящихся на постельном режиме, ежедневно обтирают ватными тампонами, смоченными кипяченой водой с добавлением спирта, одеколona или столового уксуса. Особенно тщательно при этом следует обмывать, а затем и высушивать те места, где могут скапливаться выделения потовых желез – складки под молочными железами, пахово-бедренные складки и т. п. Руки у больных моют перед каждым приемом пищи, ноги моют 2–3 раза в неделю.

Необходимо ежедневно обмывать кожные покровы половых органов и промежности. У тяжелых больных с этой целью следует регулярно (не менее 2 раз в день, а иногда и чаще) проводить туалет половых органов с помощью подмывания – направляя из кувшина струю теплой воды или слабого раствора перманганата калия на промежность. При этом ватным тампоном производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным тампоном осушают кожу промежности. Если у женщины наблюдаются выделения из влагалища, применяют спринцевание – орошение стенок влагалища с помощью кружки Эсмарха и специального влагалищного наконечника кипяченой водой, слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия или изотоническим раствором хлорида натрия.

Для профилактики пролежней при уходе за истощенными и ослабленными больными, находящимися длительное время на постельном режиме, необходимо проводить комплексные мероприятия. Пролежни представляют собой глубокие поражения кожи с исходом в омертве-

ние. Возникают пролежни при длительном сдавливании мягких тканей между костными образованиями и внешними предметами, например поверхностью матраца, гипсовой лангетой и др. Особенно часто пролежни развиваются в области крестца, копчика, лодыжек, бугра пяточной кости, мышечков и вертела бедра. Иногда можно встретиться и с так называемыми внутренними пролежнями, например омертвением стенки вены в результате длительного нахождения в ней жесткого катетера для внутривенных вливаний.

Предрасполагают к развитию пролежней глубокие нарушения обменных процессов в организме, тяжелые нарушения мозгового кровообращения, обширные травмы с повреждением головного мозга. Часто образованию пролежней способствует плохой уход за больным – небрежный уход за кожными покровами, несвоевременное перестилание постели, недостаточная активизация пациента и т. д.

Развиваясь, пролежни проходят несколько стадий: побледнение, затем покраснение кожных покровов с появлением синюшных пятен, образование пузырей, отслойка эпидермиса с развитием некроза кожи, подкожной клетчатки, фасций, сухожилий и т. д. Нередко пролежни осложняются присоединением вторичной гнойной или гнилостной инфекции с крайне неблагоприятным прогнозом.

Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю состояния постели тяжелобольного и его нательного белья, и своевременному устранению неровностей, грубых швов, разглаживанию складок и стряхиванию крошек. В профилактических целях применяют также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под те области тела, которые подвергаются длительному сдавливанию (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного.

Вместо подкладного круга можно использовать тканевые матрацы, наполненные, например, льняным семенем, а также специальные прорезиненные матрацы, состоящие из многих воздушных камер. Степень наполнения воздухом отдельных камер автоматически изменяется каждые три минуты, при этом происходят постоянные подъем и опускание различных секций матраца, вследствие чего точки соприкосновения его с телом больного все время меняются.

Необходимо стремиться к систематическому изменению положения больного, поворачивая его в постели минимум 8-10 раз в сутки. Так как пролежни чаще образуются на загрязненной коже, кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвоночника и др.) необходимо 2–3 раза в день обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом или одеколоном, и припудривая тальком.

Надо помнить, что лечить пролежни значительно труднее, чем предупредить их возникновение. В начальных стадиях рекомендуют смазывание пораженных участков 5-10 % раствором йода, 1 % раствором бриллиантовой зелени или использование физиотерапевтических методов – УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Пролежни покрывают асептической повязкой. После отторжения некротических масс применяют мазевые повязки, общестимулирующую терапию (переливание крови, плазмы), в некоторых случаях проводят пересадку кожи.

**УХОД ЗА ВОЛОСАМИ.** Плохой уход за волосами может приводить к их повышенной ломкости, выпадению, образованию на кожных покровах головы жирных или сухих отрубевидных чешуек (перхоти). Жирные волосы рекомендуется мыть 1 раз в неделю, а сухие и нормальные – 1 раз в 10–14 дней.

Тяжелобольным моют голову в постели. При этом тазик размещают у головного конца кровати, а голову больного приподнимают и запрокидывают. Для мытья волос лучше использовать мягкую воду (кипяченую или с добавлением тетрабората натрия из расчета 1 чайная ложка на 1 л воды). Желательно не намыливать волосы куском мыла, а пользоваться шампунем или мыльной пеной. После мытья волосы осторожно вытирают полотенцем, после чего тщательно расчесывают, начиная от корня, если волосы короткие, или же, наоборот, с концов

при длинных волосах. Применяемые при этом расчески и щетки должны быть строго индивидуальными. Стрижку волос целесообразно проводить 1 раз в месяц.

Также необходимо систематически ухаживать за ногтями, регулярно удаляя грязь, скапливающуюся под ними, и коротко подстригая их не реже 1 раза в неделю.

## **УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА**

Уход за полостью рта среди правил личной гигиены занимает важное место. При многих тяжелых заболеваниях, в частности, сопровождающихся лихорадкой, происходит значительное ослабление сопротивляемости организма, в результате чего в полости рта могут размножаться микробы, существующие там и в нормальных условиях. Это приводит к развитию различных поражений зубов (пульпита, периодонтита, пародонтоза), десен (гингивита), слизистой оболочки (стоматита), появлению трещин в углах рта и сухости губ.

Для предупреждения этих явлений больные должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы и полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным промывают полость рта 0,5 % раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия. Промывают чаще всего с помощью шприца Жане или резинового баллончика. Чтобы жидкость не попала в дыхательные пути, больному придают полусидячее положение с несколько наклоненной вперед головой, или же поворачивают голову набок. Для лучшего оттока жидкости шпателем несколько оттягивают угол рта.

Для выявления возбудителей при некоторых заболеваниях полости рта, глотки или миндалин берут мазок со слизистой оболочки полости рта и глотки. Делают это специальным чистым тампоном, помещая его затем в заранее приготовленную стерильную пробирку.

## **УХОД ЗА ГЛАЗАМИ**

Уход за глазами осуществляют при наличии выделений, склеивающих ресницы и веки. Это происходит обычно при воспалении слизистой оболочки век (конъюнктивитах). В таких случаях с помощью ватного тампона, смоченного 2 % раствором борной кислоты, сначала размягчают, а затем удаляют образовавшиеся корочки и промывают конъюнктивальную полость кипяченой водой или физиологическим раствором. При этом веки раздвигают указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой, не касаясь век, орошают конъюнктивальный мешок с помощью резинового баллончика или специального стеклянного сосуда (ундинки).

Если назначено закапывание глазных капель или закладывание глазной мази, нижнее веко оттягивают влажным тампоном, после чего пипеткой выпускают 1–2 капли (комнатной температуры) на слизистую оболочку нижнего века или широким концом стеклянной палочки наносят глазную мазь.

## **УХОД ЗА УШАМИ И НОСОМ**

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой с мылом. Иногда возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также в удалении образовавшейся серной пробки.

Очищают наружный слуховой проход ватой, накрученной на специальный ушной зонд, стараясь не повредить при этом поверхность наружного слухового прохода и барабанную перепонку.

Для удаления серной пробки промывают наружный слуховой проход с использованием шприца Жане или резинового баллончика с костяным наконечником. Для размягчения сер-

ной пробки предварительно вводят несколько капель 3 % раствора перекиси водорода. Для выпрямления естественного изгиба наружного слухового прохода ушную раковину оттягивают левой рукой назад и вверх, наконечник вводят на глубину не более 1 см, после чего на задне-верхнюю стенку наружного слухового прохода направляют струю жидкости отдельными порциями. После удаления серной пробки наружный слуховой проход осушают.

Ухаживать за носовой полостью приходится при наличии выделений с образованием на слизистой оболочке носовой полости корок. Корки после предварительного размягчения глицерином или вазелиновым маслом удаляют пинцетом или специальным носовым зондом с накрученной на него ватой. При необходимости бактериологического исследования стерильным тампоном берут мазок со слизистой оболочки носовой полости.

Первая помощь при носовом кровотечении заключается во введении в носовую полость кусочка ваты, смоченного перекисью водорода с последующим прижатием крыла носа, наложении холода на область переносицы по 3–4 мин с перерывами. При неэффективности этих способов проводят тампонаду носовой полости марлевыми турундами.

## Питание больных

### СОСТАВ И КАЛОРИЙНОСТЬ ПИЩИ

Питание является важнейшей жизненной потребностью организма, оно обеспечивает человека энергией, материалом для построения клеток и увеличивает сопротивляемость организма заболеваниям.

Рациональное питание, построенное на принципах современной диететики (наука о питании), сохраняя здоровье и повышая трудоспособность, способствует долголетию. Питание является важнейшим звеном профилактики.

Пища человека состоит из белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и воды. Основные составные части пищи – белки, жиры и углеводы, являются для организма источником питания и энергии. Сгорая или окисляясь в организме, они выделяют тепло, которое принято измерять калориями. Большой калорией (ккал) обозначается количество тепла, необходимое для нагревания 1 кг воды на 1°. Окисляясь в организме, 1 г белка выделяет 4,1 ккал, 1 г углеводов – также 4,1 ккал, а 1 г жира – 9,3 ккал. Зная количество белков, жиров и углеводов, входящих в состав данного продукта, можно высчитать его калорийность.

Для удобства вычисления калорийности диет существуют специальные таблицы, в которых указывается количество белков, жиров, углеводов и калорий в 100 г продукта. Необходимая калорийность суточного рациона определяется в зависимости от нормы веса тела, возраста, выполняемой работы и характера заболевания. Калорийность рассчитывают в зависимости не от фактического веса тела, а от теоретического (нормального) веса тела для человека данного роста. Так, если рост человека 172 см, то ориентировочно нормальным для него считается вес 72 кг. Если человек весит 100 кг, то калорийность его пищи, высчитанная таким способом, окажется для него низкой, и он получит возможность похудеть. Если человек тощий и весит 55 кг, то калорийность его рациона окажется для него повышенной, и он прибавит в весе.

При расчете калорийности пищевого рациона ребенка учитывается, что 2/3 пищевых калорий расходуется на процессы роста, поэтому на 1 кг веса тела ребенка требуется в среднем 120–130 ккал. Взрослому человеку, занимающемуся сидячей работой, нужно 40–50 ккал на 1 кг веса. Человеку, занятому тяжелым физическим трудом, надо 70–100 ккал на 1 кг веса, а пенсионеру, ведущему малоподвижный образ жизни, достаточно 30–35 ккал на 1 кг веса.

Белки являются основной составной частью всех тканей организма. Они идут на построение новых клеток и замену отживших. Кроме того, белки играют очень важную роль в осуществлении защитных реакций организма. Основным источником белка являются продукты животного происхождения: мясо, рыба, творог, яйца. В растительных продуктах тоже содержатся белки, особенно богаты ими бобовые и орехи.

В процессе пищеварения белки распадаются на аминокислоты, которые всасываются и идут на построение белка человеческого организма, они также принимают участие в обменных процессах.

Разные белки содержат разные комплексы аминокислот, поэтому очень важно, чтобы организм получал разнообразные белки и имел все необходимые аминокислоты. В пищевом рационе не менее 1/3 белков должно быть животного происхождения. Средняя норма белка в суточном рационе взрослого составляет 100–120 г, при тяжелой работе – 150–160 г.

Жиры являются наиболее мощным источником энергии. Кроме того, жировые отложения защищают организм от потери тепла и от ушибов, а жировые капсулы внутренних органов служат им опорой и защитой от механических повреждений. Депонированный жир является

основным источником энергии при острых заболеваниях, когда аппетит снижается и усвоение пищи ограничивается. Источником жира служат животные жиры и растительные масла, а также мясо, рыба, яйца, молоко и молочные продукты.

Жиры содержат насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, жирорастворимые витамины А, D, Е и ряд других веществ, необходимых организму. Обеспечить потребности организма в жире можно только сочетанием животных и растительных жиров, поскольку они дополняют друг друга жизненно важными веществами.

Суточная норма жира для взрослого человека составляет от 100 до 150 г при тяжелой физической работе, особенно на холоде. Суточный рацион жира должен состоять на 60–70 % из животных жиров и на 30–40 % из растительных.

Углеводы – основной источник покрытия энергетических затрат организма. Источники углеводов: сахар, мед, овощи, злаки и изделия из них, сладкие фрукты. Сахар и крахмал, содержащиеся в этих продуктах, называются пищевыми углеводами. В растительных продуктах содержатся не пищевые углеводы – клетчатка, которая не переваривается и не всасывается, но, придавая пище объем, поддерживает нормальную двигательную функцию кишечника. Средняя норма углеводов в суточном рационе составляет 400–500 г.

Белки, жиры и углеводы должны содержаться в пище в правильном соотношении: 1:1:4, т. е. на 100 г белков и 100 г жиров должно быть 400 г углеводов.

В процессе обмена веществ в организме при необходимости жиры и углеводы легко превращаются друг в друга и могут частично образовываться из белков. Белок организма образуется только из белков пищи, которые являются незаменимой составной частью пищевого рациона.

Вода составляет около 65 % веса тела человека. Основную массу клеток и тканей, крови, лимфы, выделений желез составляет вода. Все жизненно важные процессы в организме протекают в водных растворах различных веществ. Потеря организмом 10 % воды тяжело отражается на нашем состоянии, а потеря 20–25 % приводит к смерти.

Количество потребляемой человеком воды составляет в среднем 2,5 л в сутки (примерно 1,5 л человек получает в виде различных жидкостей и около 1 л из плотной пищи, состоящей на 40 % из воды). При мышечной работе и при повышении температуры внешней среды потребности человека в воде значительно возрастают.

Минеральные соли – обязательная составная часть пищевого рациона, они имеют большое значение для правильного обмена веществ.

Натрий (главным образом в виде поваренной соли) содержится в крови и в межклеточных жидкостях, он необходим для поддержания осмотического давления на определенном уровне, без чего нормальное течение жизненных процессов невозможно. Средняя суточная норма поваренной соли 15 г. Ввиду того, что соли натрия обладают способностью задерживать воду в организме, на период лечения отеков и воспалительных процессов количество соли в суточном рационе значительно снижается (ахлоридная диета).

Калий при повышенном поступлении способен вытеснять из организма соли натрия и воду, поэтому он применяется при отеках и воспалении. Кроме того, калий усиливает сокращения сердечной мышцы. Он содержится в картофеле, сухих фруктах, бобовых, овсяной крупе, рыбе, пшеничных отрубях.

Кальций необходим для роста и нормального состояния костей, он участвует в процессах свертывания крови, благоприятно влияет на нервную систему, оказывает противовоспалительное действие. Кальций содержится в молоке и молочных продуктах, а также в сое и зелени.

Фосфор участвует во всех основных процессах обмена веществ, он необходим для деятельности клеток мозга, половых органов, мышц, особенно в период умственного и физического напряжения. Поступление и усвоение организмом солей фосфора тесно связаны с

поступлением белков, жиров, углеводов и других минеральных солей. Богаты фосфором яичный желток, мозги, сыр, бобы, орехи, пшеница, овсянка.

Железо необходимо для образования гемоглобина и является обязательной составной частью клеточных ядер. Железо содержится в яичном желтке, печени, сое, фасоли, землянике, яблоках.

Магний тесно связан с кальцием и фосфором. Он обладает сосудорасширяющим действием и поэтому применяется при лечении сосудистых заболеваний со склонностью сосудов к сужению. Содержится в картофеле, капусте, помидорах, ржаном хлебе и отрубях, пшенице, фасоли, сыре, миндале.

Сера входит в состав незаменимых для организма аминокислот (метионин, цистеин). Участвует в процессах окисления, восстановления и обезвреживания ядовитых продуктов обмена. Сера содержится в бобовых, твороге, сыре, тощем мясе, овсянке.

Йод необходим для правильной работы щитовидной железы, им богаты лук и морская рыба.

Витамины, как и минеральные соли, не дают тепловой энергии и нужны организму в очень малых количествах, но без них нормальная жизнь невозможна.

Витамин С – аскорбиновая кислота – растворяется в воде, он разрушается при высокой температуре, в щелочной среде и, окисляясь некоторыми металлами и кислородом, теряет свою активность. Это обстоятельство следует учитывать при кулинарной обработке продуктов, содержащих витамин С. Он применяется при лечении цинги, а также при многих других болезнях, так как повышает сопротивляемость организма.

Суточная норма витамина С для здорового человека составляет 50 мг, больному требуется в 3–5 раз больше. Источники витамина С: овощи, зелень, фрукты, ягоды.

Витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, В<sub>15</sub>, РР, пантотеновая кислота, холин, инозит, парааминобензойная кислота, фолиевая кислота) растворимы в воде, достаточно устойчивы к воздействию высокой температуры, в организме тесно связаны друг с другом.

Основное значение витамина В<sub>1</sub> (тиамина) в поддержании нормального состояния нервной системы. Отсутствие тиамин в пище вызывает заболевание, известное под названием бери-бери. Тиамин играет важную роль в углеводном обмене и участвует в обмене белков. Преимущественно углеводистая пища повышает потребности организма в тиамине. Наибольшее количество тиамин содержится в дрожжах (пивных и пекарских), а также в хлебе грубого помола, свинине, бобовых, в гречневой, овсяной и перловой крупах.

Витамин В<sub>2</sub> (рибофлавин) участвует в обмене белков, в процессах роста и регуляции зрительной функции. Богаты рибофлавином молочные продукты, яичный белок, дрожжи, пшеница, помидоры, лук, зеленый горошек и др.

Витамин РР (никотиновая кислота) противопеллагрический фактор. Содержится в продуктах совместно с другими витаминами комплекса В.

Витамин В<sub>12</sub> чрезвычайно эффективен при лечении злокачественного малокровия, но менее эффективен при лечении малокровия других видов.

Витамин А растворяется в жирах, термоустойчив. Необходим для роста, нормальной функции глаз, а также для нормального состояния кожи и слизистых оболочек. Витамином А богаты рыбий жир, сливочное масло, молоко, яйца, печень, морковь, помидоры, тыква, шпинат, зеленый горошек, абрикосы, кукурузное масло.

Витамин D растворим в жирах. Состоит из нескольких веществ, приобретающих активность при ультрафиолетовом облучении. В организме этот процесс осуществляется в коже. Витамин D участвует в обмене кальция и фосфора и отложении их в костях растущего организма. Недостаток витамин D вызывает рахит. Источники витамина D: рыбий жир, дрожжи, цельное молоко, сливочное масло, яйца.

## ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ДИЕТОТЕРАПИИ

Диета, т. е. режим питания здорового и больного человека, складывается из качественного состава пищи, количества пищи (общего и отдельных составных частей), времени и частоты приемов пищи.

Диетотерапия – это лечебное питание, назначенное больному на период лечения и проводящееся под контролем врача.

Чтобы правильно построить лечебное питание, необходимо: знать физиологию пищеварения и питания, знать влияние составных частей пищи на болезненные процессы и учитывать изменения пищи в связи с характером кулинарной обработки.

Диета здорового человека не всегда приемлема и полезна для больного, поэтому для него необходимо: изменять количественный и качественный состав пищи, приспособляясь к изменяющимся требованиям больного организма; облегчать усвоение пищи кулинарной обработкой и изменять частоту приемов пищи.

Изучая характер нарушений в обмене веществ, вызванных болезнью, мы не только приспособляем диету к потребностям больного организма, а с ее помощью можем активно вмешиваться в обмен веществ, чтобы устранить происшедшие в нем болезненные нарушения.

Изменяя характер диеты, иногда можно повлиять на причину заболевания, чаще же с помощью диеты удастся внести в механизм развития заболевания полезные для больного изменения. Соответствующим подбором продуктов можно усилить действие различных лечебных средств.

Усиленное питание необходимо при общем истощении, а также при повышении в организме больного окислительных процессов. Увеличение в диете витаминов целесообразно для лечения заболеваний, протекающих с витаминной недостаточностью. Болезни, протекающие с повышенными потерями белка, требуют возмещения этих потерь при помощи диеты, содержащей повышенное количество белка.

Щадящую диету назначают при наличии у больного раздражения или недостаточности того или иного органа, например желудка при гастрите, кишечника при дизентерии, желчных путей при воспалении желчного пузыря и т. д.

Щажение означает исключение раздражителей: химических (пряности, соленья, кислая пища, алкоголь, никотин), механических (объемистая и твердая пища) и термических (горячая или холодная пища или питье). Принцип щажения не должен идти в ущерб полноценности диеты. Например, при необходимости тщательного измельчения и разваривания пищи следует добавлять к диете витамин С, который при такой кулинарной обработке разрушается.

Добавлять ко всем диетам витамин С в виде отвара шиповника или растворенной в компоте аскорбиновой кислоты следует не только из-за повышенного разрушения витамина при измельчении пищи, а также из-за того, что потребность в витамине С у больных больше, чем у здоровых.

Поскольку длительное щажение может привести к понижению функциональной способности оберегаемого органа, щадящую диету можно назначать только на период острого или обострившегося хронического заболевания. Переходить от щадящей диеты к рациональному питанию нужно постепенно, снимая те или иные ограничения.

При лечении некоторых заболеваний с помощью диеты можно вносить исправления в нарушенный обмен веществ. Так, в некоторых случаях сахарного мочеизнурения полезно бывает ограничить потребление углеводов, а при воспалении печени – увеличить его; при отеках любого происхождения необходимо ограничить прием поваренной соли, а при понижении функции надпочечников – увеличить его и т. д.

## РЕЖИМ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Для здорового человека наилучшим является четырехразовое питание: завтрак – 30 % суточного рациона, второй завтрак – 10 %, обед – 40 % и ужин – 20 %. Белковые продукты входят в состав пищи первых трех приемов, а перед сном не даются, так как, возбуждая нервную систему, ухудшают сон.

Пищу нужно принимать с 3-4-часовыми промежутками, ежедневно в одни и те же часы. При таком порядке создается условный рефлекс на время и улучшается аппетит, переваривание и усвоение пищи за счет рефлекторной фазы пищеварения. Беспорядочное питание в разное время со значительной одномоментной перегрузкой желудка (двухразовое питание) понижает усвояемость пищи и ведет к желудочным заболеваниям.

В лечебном питании при многих заболеваниях, особенно при желудочных, применяется дробное питание малыми порциями. В ответ на малое раздражение больной желудок выделяет больше пищеварительных соков, чем в ответ на большую нагрузку. Иногда, например, при лихорадке, возникает необходимость вводить пищу не в обычное время, а тогда, когда больной чувствует себя лучше и в состоянии есть, даже в ночное время. В таком случае питание проводится дробно, преимущественно жидкой и полужидкой пищей, не содержащей грубой растительной клетчатки, чтобы как можно меньше потратить сил больного на пищеварение и не нарушить его отдых.

Готовую пищу, приготовленную не более чем за 1 ч до отправки, доставляют в раздаточные и буфеты в предварительно хорошо промытых кипятком термосах, а также посуде с плотно закрывающимися крышками. В специальной таре перевозят соусы, жиры, готовую пищу, хлеб и полуфабрикаты. Следует строго соблюдать сроки и условия хранения и реализации готовой пищи:

– студень мясной, мясо заливное, студень рыбный, рыба заливная – при наличии холода срок хранения не более 12 ч при температуре не выше 6 °С. При отсутствии холода изготовлению и реализации не подлежат;

– сельдь рубленая – при наличии холода срок хранения не более 24 ч, при отсутствии холода – не более 6 ч;

– винегрет, салат (овощной, с мясом и рыбой) – при наличии холода срок хранения и реализации не более 12 ч при условии хранения в незаправленном виде. При отсутствии холода хранение не более 6 ч при условии изготовления на месте;

– бутерброды должны храниться не более 1 ч.

Сроки хранения горячих овощных блюд не более 1 ч. Температура первых блюд должна быть не ниже 75 °С, вторых – 65 °С, холодных блюд – от 7 до 14°.

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ДИЕТЫ

Групповое питание позволяет обеспечить большинство больных соответствующим их заболеванию питанием. Но при сочетании нескольких заболеваний у одного больного или при индивидуальной непереносимости некоторых блюд основного стола, или при крайней степени истощения с отсутствием аппетита (неврогенного характера) диету приходится индивидуализировать.

Индивидуальный стол чаще всего строят на основе стандартного стола, исключив из него некоторые блюда и введя другие. Истощенным больным к стандартному столу выписывают те или иные добавления. Только в крайне редких случаях приходится, приспособившись к вкусам больного, назначать ему индивидуальное питание. В этом случае врач ежедневно составляет меню на следующий день, сообразуясь с медицинскими показаниями и вкусами больного.

Индивидуальную диету назначают на определенный период послеоперационным больным. Диета при этом строится в зависимости от исходного состояния больного (до операции), состояния после операции, характера и размеров оперативного вмешательства. Если операция производилась на внутренних органах, особенно на органах желудочно-кишечного тракта, и применялся ингаляционный наркоз, то в первые 24–36 часов после операции больным нельзя давать ни питья, ни пищи. Разрешается только смачивать губы и полоскать рот. Растворы поваренной соли и глюкозы вводят подкожно и внутривенно. Со вторых-третьих суток, постепенно уменьшая количество растворов, вводимых парентерально, больным начинают давать жидкую пищу, содержащую белки, углеводы, витамины (бульон, жидкий кисель, фруктовые соки), затем добавляют полужидкую пищу (фруктово-ягодные желе, студень из процеженных мяса и рыбы, протертый творог, протертые каши и т. д.). В дальнейшем больного переводят на диету, соответствующую его основному заболеванию.

## РАЗГРУЗОЧНЫЕ ДНИ

Специальные рационы частичного голодания назначают при различных заболеваниях для разгрузки функции пораженных болезнью органов, для повышения диуреза и увеличения выведения из организма холестерина и других продуктов обмена веществ, а также для активизации обменных процессов и воздействия на реактивность организма. Голодные дни без ограничения жидкости, назначаемые при подагре, ожирении, острых гастритах, интоксикациях, и дни голода и жажды, применяющиеся при уремии, также относятся к разгрузочным дням. Разгрузочное питание назначают на 1–3 дня через каждые 7–10 дней.

Палатная сестра ежедневно выписывает порционник-требование для всех обслуживаемых ею больных и подает его старшей сестре отделения. Старшая сестра суммирует требования палатных сестер в порционник отделения, подписывает его у заведующего отделением и передает на кухню.

За получением и качеством продуктов, их закладкой и приготовлением пищи, за доставкой в отделение и раздачей пищи следит диетсестра.

Пищу готовят только из продуктов, проверенных перед закладкой врачом. Отпуск готовой пищи в отделения производится с разрешения дежурного врача после снятия пробы.

Доставка пищи в отделения должна производиться в чистой, хорошо закрывающейся посуде и занимать как можно меньше времени, так как подогрев в буфетных отделениях ведет к снижению питательных и вкусовых качеств пищи.

Раздача пищи больным производится под руководством диетсестры и старшей сестры отделения буфетчицами и палатными сестрами. Санитарки не должны заниматься ни раздачей пищи, ни мытьем посуды.

Для удобства раздачи пищи существуют палатные порционники, а на дощечках каждой кровати, кроме фамилии, имени и отчества больного, указывают и номер его стола.

Ходячим больным пища подается в столовую. За каждым столом закрепляются больные, получающие одинаковую диету.

## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДИЕТЫ

Диета № 1 способствует нормализации состояния желудка при различных деструктивных, воспалительных и секреторно-моторных расстройствах его деятельности. Применяют при гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Диета № 1 предусматривает ограничение механических, химических и термических раздражителей рецепторного аппарата желудка (максимально – диета № 1а, значительное – диета № 1б или умеренное – диета № 1 в зависимости от состояния больного), ограничение пищи, долго задерживающейся

в желудке; физиологические нормы пищевых веществ, определяемые в зависимости от режима физической активности, устанавливаемого лечащим врачом; увеличение содержания основных витаминов втрое по сравнению с физиологической нормой, за исключением витамина РР (14–15 мг). Частота приема пищи – не менее 5–6 раз в течение дня.

Особенности кулинарной обработки пищи: измельчение, приготовление пюре, дезэкстрагирование (варка в воде или на пару) мяса, рыбы, овощей, исключение мясных, рыбных, овощных наваров, жарения и пассеровки; ограничение хлорида натрия до 8 г/сут.

Курс лечебного питания начинают с диеты № 1а, ее назначают не более чем на 10–12 дней. Диету № 1б назначают также на 10–12 дней, после чего больной должен быть переведен на диету № 1.

Диета № 2 создает условия для нормального переваривания пищи при нарушениях функции жевания, глотания, желудочного и кишечного пищеварения. Пищу дают измельченной в виде пюре. Диета № 2 исключает грубые механические раздражители слизистой оболочки рта, пищевода, желудка и кишечника, а также продукты и блюда, неблагоприятно влияющие на секреторную и моторную функции кишечника. Содержание витаминов А, В1 и В2 в диете увеличено вдвое, значительно увеличена норма витаминов РР и С (в 4–5 раз по сравнению с физиологической нормой). Частота приема пищи 4–6 раз в течение дня.

Особенности кулинарной обработки пищи: овощи мелко измельчают (шинкуют), исключают мясо куском, разрешают блюда из котлетной массы (при обжаривании не должно быть грубой корки), запеканки из круп должны быть рыхлыми, каши должны быть сдобрены возбуждающими аппетит приправами.

Диета № 3 способствует нормализации функции кишечника при недостаточном его опорожнении. В пище повышено содержание продуктов, являющихся механическими, термическими и химическими раздражителями кишечной перистальтики (блюда, содержащие грубую растительную клетчатку, холодные компоты из урюка и чернослива, жареные и тушеные блюда с большим количеством жиров). Резко ограничено количество продуктов и блюд, тормозящих перистальтику (измельченных, в виде пюре и т. п.). Частота приема пищи – 4 раза в день. Кулинарная обработка пищи обычная.

Диета № 4 способствует нормализации состояния кишечника при воспалительных процессах, а также при ускоренной эвакуации кишечного содержимого. В пище значительно ограничены механические, химические и термические раздражители кишечника, используются пищевые средства, тормозящие перистальтику. Содержание белков 70–80 г, жиров 60–70 г, углеводов 200–250 г (около 1665–2000 ккал). Содержание основных витаминов увеличено втрое по сравнению с физиологической нормой. Количество жидкости увеличено в 1,5–2 раза по сравнению с физиологическими нормами. Частота приема пищи 4–6 раз в день.

Особенности кулинарной обработки: измельчение пищи и приготовление пюре, исключение жарения, пассеровки; получение творога из молока при кипячении его после подкисления уксусом (20 мл 6 % раствора уксусной кислоты на 1 л молока).

Диета № 5 используется при различных хронических, воспалительных и дегенеративных процессах в печени, желчном пузыре и желчных путях. Диета № 5 ограничивает содержание жиров до 60–80 г, хлорида натрия до 8 г, мучных и жирных блюд, томатов, продуктов, содержащих много холестерина (мозги, яичный желток, печень, икра). Рекомендуются обильное питье, соки, плоды, ягоды, некоторые сырые овощи, молочнокислые продукты.

Исключаются продукты, содержащие много щавелевой кислоты (щавель, шпинат, спаржа, ревень, крапива, листья свеклы), мясные, рыбные и овощные консервы, колбасные изделия, грибы, мясные и рыбные бульоны, а также блюда из мяса, рыбы и птицы, не подвергшиеся дезэкстрагированию, жареные блюда, тугоплавкие жиры (свиной, бараний, говяжий). Ограничивают сливочное масло до 10 г. Частота приема пищи 5–6 раз в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: исключают жарение и пассеровку в жирах, производят дезэкстрагирование мяса и рыбы (варка в воде и на пару, припускание, запекание), значительно ограничивают приправы из эфирноносных растений (лук, сельдерей, укроп и т. п.).

Диета № 5а применяется при острых инфекционных или токсических поражениях печени и обострении хронических болезней печени, желчного пузыря и желчных путей. По сравнению с диетой № 5 ограничено содержание белков до 80 г, жиров до 50 г, углеводов до 250–300 г (1818–2033 ккал), не менее половины углеводов необходимо давать в виде дисахаридов и моносахаридов (сахар, мед, варенье, фруктоза в плодах и ягодах). Ежедневно употребляют до 300 г обезжиренного творога. Ограничены механические и термические раздражители желудка (не измельченная пища, охлажденные блюда, холодные напитки); используются химические возбудители секреторной функции (овощные бульоны, плодовоовощные соки). Рекомендуются обильное употребление овощей, плодов и ягод, ограничение жиров и злаков с целью ощелачивающего влияния на организм и повышения антитоксической функции печени. Ограничивают хлорид натрия до 5 г в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: измельчение, приготовление пюре, дезэкстрагирование мяса и рыбы, приготовление творога из обезжиренного молока при кипячении его после подкисления уксусом (20 мл на 1 л молока).

Диета № 6 способствует нормализации пуринового обмена. Из пищи исключают продукты животного и растительного происхождения, богатые пуринами, экстрактивные вещества мяса и рыбы, ограничивают потребление мяса и рыбы. Назначают обильное питье.

Кулинарная обработка пищи: дезэкстрагирование мяса и рыбы, ограничение острых приправ.

Диета № 7 применяется при заболеваниях почек, обычно в остром периоде болезни, а также при нарушении азотовыделительной функции. В диете ограничено содержание белков до 60–70 г, жиров до 50 г, углеводов до 250–300 г (1736–1945 ккал), жидкости до 1200–1500 мл/сут (свободной жидкости до 400–600 мл).

Ограничена пища, неблагоприятно действующая на печень (диеты № 5 и 5а), резко раздражающая желудок, тормозящая перистальтику и вызывающая метеоризм.

Рекомендуются продукты, содержащие большое количество калия, действующие ощелачивающим образом на организм (картофель, морковь, изюм и др.) и повышающие диурез.

Исключают продукты, неблагоприятно действующие на почки (эфирноносные растения, перец, горчицу, грибы, продукты, содержащие большое количество щавелевой кислоты), а также поваренную соль при приготовлении пищи (поваренную соль выдают на руки больному в количестве 2–5 г по назначению лечащего врача).

Частота приема пищи 4–5 раз в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: необходимо обеспечить пище достаточные вкусовые качества при исключении поваренной соли (допущение уксуса, введение различных натуральных органических кислот – клюквы, лимона, сока, антоновских яблок, кисло-сладких соусов, плодово-ягодных подливок), сочетание крупяных продуктов с овощами, плодами и ягодами.

Диета № 8 применяется при ожирении. Диета ограничивает содержание в пище углеводов на 40–50 % и жиров на 20 % по сравнению с физиологической нормой, соответствующей энергетическим затратам (калорийность сокращается на 25–30 %). Поваренную соль ограничивают до 5–7 г в день.

Исключаются блюда и продукты, возбуждающие аппетит (закуски, приправы, соусы, экстрактивные супы, щи, борщи). Рекомендуются 6–8 приемов пищи в течение дня небольшими порциями.

Особенности кулинарной обработки пищи связаны с необходимостью создавать чувство насыщения при малой калорийности блюд, понизить усвояемость съеденного, удовлетворить вкусовые запросы, не прибегая к использованию приправ, возбуждающих аппетит.

Диета № 9 используется при нарушении углеводного обмена (сахарный диабет) и заключается в уменьшении количества углеводов на 50 % при сохранении физиологических норм белков и жиров, соответствующих режиму физической активности.

Кулинарная обработка пищи обычная, но с ограничениями, обусловленными уменьшением количества углеводов (исключение соусов, хлеба в блюдах из котлетной массы, замена сахара сахарином в некоторых блюдах).

Диета № 10 применяется при недостаточности кровообращения, сопровождающей различные заболевания сердечно-сосудистой системы. Диета ограничивает на 25 % количество жира, при приготовлении пищи исключают поваренную соль (выдают на руки больному в количестве, разрешенном лечащим врачом). Ограничивают общее количество жидкости до 1200–1500 мл (из них свободной жидкости – до 500 мл).

Исключают пищу, вызывающую метеоризм, задерживающуюся в желудке или чрезмерно раздражающую слизистую оболочку.

Рекомендуются продукты преимущественно щелочных валентностей, богатые солями калия и витаминами (молочные продукты, фрукты, овощи, соки), липотропными веществами (творог, треска и др.). Частая еда понемногу – не менее 5–6 раз в день, а по назначению врача до 8–10 раз.

Особенности кулинарной обработки пищи связаны с исключением поваренной соли и острых приправ. Рекомендуется использовать уксус, а также натуральные кислоты (клюкву, лимон, сок алычи, антоновских яблок, кизила и плодово-ягодные подливы).

Диета № 11 применяется в период выздоровления после инфекционных и других болезней, при анемии, туберкулезе и т. п. Высококалорийная пища содержит физиологические соотношения пищевых веществ (белки 140 г, жиры 140 г, углеводы 630, 3000–3800 ккал), количество основных витаминов увеличено втрое по сравнению с физиологической нормой, повышено количество пищевого кальция (до 100 мг), фосфора (до 2000 мг), железа (до 30 мг) и других химических элементов, необходимых для кроветворения (медь, никель, кобальт, марганец, цинк).

Включаются блюда специального назначения (из отрубей – носителей марганца, из гематогена – источника железа и др.), способствующие кроветворению.

Кулинарная обработка продуктов обычная.

Диета № 12 призвана способствовать компенсации кровообращения при различных хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Основные особенности диеты – ограничение поваренной соли до 8 г в день, двойное количество основных витаминов по сравнению с физиологической нормой, исключение блюд и продуктов, вызывающих излишнее газообразование, ограничение блюд и продуктов, неблагоприятно действующих на печень, и введение пищи, оказывающей нормализующее влияние на ее состояние (см. диеты № 5 и 5а).

Кулинарная обработка продуктов обычная с учетом необходимости добиться высоких вкусовых качеств пищи при ограничении поваренной соли.

Диета № 13 применяется при инфекционных болезнях. В основе диеты лежит максимально возможное возмещение белковых затрат, которые несет лихорадящий больной, при одновременном ограничении жиров и углеводов (ориентировочная норма белков 140–160 г, жиров 60–70 г, углеводов 250–300 г, 2157–2537 ккал). Пища должна иметь ощелачивающий характер. Поваренную соль ограничивают до 5–8 г в день. Увеличивают количество кальция до 1000 мг, фосфора до 2000 мг, железа до 30 мг, витаминов А, В1, В2, РР, аскорбиновой кислоты.

Пища должна возбуждать секреторную функцию желудка, но не являться грубым механическим раздражителем слизистой оболочки. Рекомендуется обильное питье (с учетом состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем), частая еда – не реже 5–6 раз в день.

Кулинарная обработка пищи направлена на улучшение ее вкусовых качеств при ограниченном количестве поваренной соли (использование эфирноносных растений, кислых натуральных соков, плодов и ягод, пряностей, плодово-ягодных подлив).

Диета № 14 (окисляющая) способствует сдвигу кислотно-основного состояния в организме в сторону ацидоза за счет значительного ограничения ощелачивающей пищи (в первую очередь картофеля, моркови, капусты, плодов и ягод) и увеличения физиологической нормы жиров (на 30–50 %, но не более 200 г в день).

Кулинарная обработка продуктов обычная.

Диета № 15 (общий стол) призвана обеспечить физиологические потребности организма за счет соблюдения физиологических норм питания, соответствующих режиму физической активности.

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВИДЫ ДИЕТЫ

*Диета ощелачивающая* предусматривает значительное ограничение жиров (примерно на 50 %), исключение круп, бобовых и значительное ограничение хлеба (до 100–500 г в день), исключение поваренной соли, различных солений и консервов.

Кулинарная обработка пищи обычная.

*Диета яблочная (плодово-ягодная)*. Назначают на 1–2 дня. Состоит из 1–1,5 кг сырых плодов и ягод или яблок. Дают в 5–6 приемов равными частями с промежутками в 2 S-3 ч. Содержит: белков 3–5 г, углеводов 100–160 г (422–676 ккал).

Показания к назначению: ожирение, гипертоническая болезнь, атеросклероз, атеросклеротический и миокардитический кардиосклероз у лиц с избыточной массой тела.

*Диета компотная*. Назначается на 1–2 дня. Состоит из 6 стаканов компота в день: по одному стакану через 2 1/2–3 ч. Компот варят из 200 г сушеных фруктов с 60–80 г сахара на 1,5 л воды. Содержит белков 4 г, углеводов около 190 г (793 ккал).

Показания к назначению те же, что и для диеты яблочной.

*Диета из сырых овощей*. Назначают на 1–2 дня. Состоит из 1,5 кг сырых овощей, 100 г сметаны или 25 г растительного масла, 15 г сахара. Дают по 300 г мелкошинкованных сырых овощей со сметаной и сахаром 5 раз в день через каждые 2 1/2–3 ч. Содержит – белков 17 г, жиров 30 г, углеводов 88 г (709 ккал).

Показания к назначению: ожирение, хронический нефрит, ревматический полиартрит, болезни печени и желчных путей, атеросклероз, состояние ацидоза.

*Диета молочная*. Назначают в условиях санатория на 2–7 дней 1–1,5 л пресного или кислого молока. Дают в 5–6 приемов равными частями с промежутками в 2 1/2–3 ч. Содержит белков 31–46 г, жиров 35–52 г, углеводов 49–73 г (655–982 ккал). При длительном применении дополняется сахаром в количестве 100–150 г, а также различными бессолевыми блюдами из овощных пюре, творога и круп.

Показания к назначению: болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся выраженной недостаточностью кровообращения, гипертоническая болезнь, ожирение, заболевания печени и желчных путей, пиелоститы и уретриты.

*Диета творожная*. Назначают на 1–2 дня. Состоит из 300 г свежеприготовленного творога и 150 г сахара или меда (творог получают при кипячении молока, к которому добавляют уксус из расчета 20 мл на 1 л молока). Дают в 5 приемов равными частями через 2 1/2–3 ч. Содержит: белков 75 г, жиров 75 г, углеводов 150 г (1620 ккал).

Показания к назначению: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии выраженной недостаточности кровообращения, хронический нефрит с отеками, но без азотемического синдрома, истощение вследствие длительного белкового голодания.

*Диета молочно-картофельная.* Назначают на 2–7 дней. Состоит из 0,5 л пресного или кислого молока, 1 кг картофеля. Поваренная соль исключается. Картофель дают в виде пюре или запеканок в 5 приемов равными частями. Содержит: белков 31 г, жиров 17 г, углеводов 225 г (1270 ккал).

Показания к назначению: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии выраженной недостаточности кровообращения, нефрит с отеками и высоким уровнем остаточного азота, заболевания, сопровождающиеся ацидозом.

*Диета изюмная.* Назначают на 1 день. Состоит из 500 г изюма без косточек. Дают в 5 приемов равными частями через 2 1/2–3 ч. Содержит белков около 9 г, жиров 2 г, углеводов 313 г (1344 ккал).

Показания к назначению: хронический и подострый нефрит с отеками при наличии гиперазотемии, болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся резко выраженной недостаточностью кровообращения.

*Диета чайная.* Назначают на 1–2 дня. Состоит из 7 стаканов сладкого чая (10–15 г сахара на один стакан). Дают через равные промежутки времени.

Показания к назначению: острый энтероколит (в 1-й день лечения), гастрит с секреторной недостаточностью (в первые дни лечения), состояния, требующие разгрузки межсуточного обмена.

*Диета морковная.* Назначают на 1–2 дня. Состоит из 1–1,5 кг моркови и 50–75 г сахара. Морковь трут на терке, заправляют сахаром и дают по 200–300 г равными частями в течение дня. Содержит белков около 10–15 г, углеводов (с учетом сахара) 120–180 г (около 530–800 ккал).

Показания к назначению: острый и хронический нефрит с отеками и азотемическим синдромом, болезни печени и желчных путей, ревматический полиартрит, атеросклероз, гипертоническая болезнь, ожирение, состояния, требующие ошелачивающей терапии.

*Диета картофельно-компотная.* Назначают на 1–2 дня. Состоит из 1,5 кг картофеля, 60 г несоленого сливочного масла, 2 л компота из 200 г сухофруктов без сахара. Дают в 5 приемов равными порциями через 3 ч. Содержит белков 23 г, жиров 53, углеводов 385 г, калия 7600 мг, натрия 900 мг, кальция 300 мг, магния 500 мг, воды свободной, употребляемой при варке компота, 2 л и связанной (в картофеле) около 1 л (2165 ккал).

Показания к назначению: оксалурия и мочекаменная болезнь, нефрит с затянувшимся течением при наличии азотемического синдрома (без отеков), как «зигзаг» с окисляющей диетой (№ 14).

## КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ

Кормление тяжелобольных входит в обязанность палатной сестры. Одним больным нужно только помочь сесть или придвинуть прикроватный столик, за другими надо последить, чтобы они ели, а третьих нужно кормить. Кормление тяжелобольных, часто лишенных аппетита и отказывающихся есть, требует от сестры большого умения и терпения. Иногда действует убеждение, иногда можно обойтись и без уговоров, достаточно просто предложить больному возможный выбор блюд соответствующего стола. Полезно бывает сделать небольшой перерыв между первым и вторым блюдом.

Для кормления лежачих больных пользуются прикроватными столиками. Голову больного или верхнюю часть туловища (если нет противопоказаний) приподнимают, шею и грудь

прикрывают салфеткой. Если больной не в состоянии есть сам, сестра кормит его с ложки. Жидкую пищу (кофе, кисель, молоко, протертый суп) удобно давать из поильника.

Дача питья больным, особенно лихорадящим, требует от сестры постоянного внимания, так как питье нужно давать часто и небольшими порциями.

По учению И. П. Павлову, аппетит является результатом возбуждения пищевого центра. При этом происходит отделение очень активного запального сока, составляющее условно-рефлекторную часть первой фазы желудочной секреции.

Возбудителями аппетита служат ряд условных рефлексов, связанных со временем (если пища всегда принимается в одно и то же время), запахом пищи, ее внешним видом, сервировкой, со всей обстановкой, предшествующей приему пищи. При этом раздражения болевого характера или отрицательные эмоции могут подавить аппетит.

Исходя из этого, больных к приему пищи следует подготовить: закончить лечебные процедуры и физиологические отправления, убрать и проветрить палату, помочь тяжелобольным вымыть руки.

Во время раздачи пищи персонал должен педантично соблюдать чистоту рук, одежды. Посуда, подносы, приборы, средства транспортировки пищи должны быть безукоризненными.

Пища должна быть нагрета до определенной температуры и аккуратно оформлена.

Положительное влияние на аппетит оказывают вкусовые качества пищи, которые зависят от кулинарной обработки, насыщенности пищи витаминами, а также разнообразное меню.

Родственники и друзья, проявляя заботу о больных, лежащих в стационаре, приносят им продукты, не всегда соответствующие лечебному столу больного. Не предупрежденный или недостаточно сознательный больной может съесть что-либо из недозволенного и нанести вред, иногда непоправимый. Чтобы этого не случилось, следует принять ряд мер:

- в первые же дни пребывания больного в стационаре разъяснить ему значение лечебного питания для его выздоровления и предупредить его относительно последствий нарушения назначенной ему диеты;

- для сведения посетителей нужно вывесить на доске объявлений список продуктов, разрешенных для передачи в соответствии с номером стола, и указать максимально допустимое количество каждого из этих продуктов, передаваемое за один раз;

- в часы передач и посещений необходимо наблюдать за поведением посетителей и при необходимости проводить с ними разъяснительные беседы;

- ежедневно проверять тумбочки, шкафы и холодильники, в которых хранятся личные продукты больных.

## **ИСКУССТВЕННОЕ ПИТАНИЕ**

Питание через рот при некоторых заболеваниях бывает невозможно или недостаточно, тогда приходится прибегать к искусственному питанию, при котором пищу и питательные вещества вводят через зонд, фистулу, через прямую кишку и парентерально – подкожно и внутривенно.

Кормление больного через зонд применяют при обширном травматическом повреждении и отеке языка, глотки, гортани и пищевода; бессознательном состоянии как проявлении тяжелых нарушений функции центральной нервной системы; отказе от пищи при психических заболеваниях; нерубцующейся язве желудка. При всех этих заболеваниях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, так как может привести к инфицированию ран или к попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких. При нерубцующейся язве желудка длительное (18 дней) питание через зонд, введенный в двенадцатиперстную кишку, рекомендуется как последний метод консервативного лечения.

Через зонд можно вводить любую пищу (и лекарства) в жидком и полужидком виде, предварительно протерев ее через сито. К пище обязательно добавление витаминов. Обычно вводят молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, распущенное масло, кофе, чай.

Для кормления готовят тонкий желудочный зонд или прозрачную хлорвиниловую трубку диаметром 8–10 мм; воронку емкостью 200 мл с диаметром трубки, соответствующим диаметру зонда, или шприц Жанэ; 3–4 стакана пищи. На зонде заранее следует сделать метку, до которой его собираются ввести: в пищевод – 30–35 см, в желудок – 40–45 см, в двенадцатиперстную кишку —50–55 см. Инструменты кипятят и охлаждают в кипяченой воде, а пищу подогревают.

Обычно зонд вводит врач. Если нет противопоказаний, то больной садится. После предварительного осмотра носовых ходов закругленный конец зонда, смазанный глицерином, вводят в наиболее широкий нижний носовой ход, придерживаясь направления, перпендикулярного к поверхности лица. Когда 15–17 см зонда скроется в носоглотке, голову больного слегка наклоняют вперед, указательный палец одной руки вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. (Без контроля пальцем зонд может попасть в трахею.)

Если больной без сознания и его нельзя посадить, зонд вводят в положении лежа, если возможно под контролем пальца, введенного в рот. После введения зонда рекомендуется проверить, не попал ли он в трахею. Для этого к наружному концу зонда подносят пушинку ваты или кусочек папиросной бумаги и смотрят, не кольшется ли он при дыхании. Убедившись в том, что зонд в пищеводе, оставляют его там или продвигают в желудок или двенадцатиперстную кишку и начинают кормление. К наружному концу зонда присоединяют воронку, вливают в нее пищу и небольшими порциями, не более глотка каждая, не спеша, вводят приготовленную пищу, а затем и питье. После кормления воронку удаляют, а зонд оставляют на весь период искусственного питания. Наружный конец зонда складывают и укрепляют на голове больного, чтобы он ему не мешал.

При непроходимости пищи через пищевод при его сужении оперативным путем делают желудочный свищ, через который можно вводить зонд и вливать пищу в желудок. При этом нужно следить, чтобы края свищевого отверстия не загрязнялись пищей, для чего введенный зонд укрепляют липким пластырем, а после каждого кормления производят туалет кожи вокруг свища, смазывают ее пастой Лассара и накладывают сухую стерильную повязку. При таком способе питания у больного выпадает рефлекторное возбуждение желудочной секреции со стороны ротовой полости. Его можно восполнить, предложив больному разжевывать кусочки пищи и сплевывать в воронку.

Рассмотрим также кормление больного через питательные клизмы. В прямую кишку через клизму можно ввести 0,85 % раствор поваренной соли, 5 % раствор глюкозы, 4–5% раствор очищенного алкоголя, аминокептид (препарат, содержащий все незаменимые аминокислоты).

Чаще всего при обезвоживании организма вводят капельным методом первые два раствора в количестве до 2 л. Можно эти же растворы вводить одномоментно по 100–150 мл 2–3 раза в день. Чтобы помочь больному удержать введенный раствор, можно добавить к нему 5 капель настойки опия.

При обоих способах введения для улучшения всасывания раствора прямую кишку нужно освободить от содержимого клизмой, а вводимый раствор подогреть до 37–40 °С.

При тяжелых инфекциях и интоксикациях, непроходимости кишечника, больших кровопотерях, при шоке, ожоге и в послеоперационном периоде, во всех случаях выраженного обезвоживания, когда введение жидкости и питательных веществ через желудочно-кишечный тракт невозможно, их вводят парентерально – подкожно, внутривенно, внутримышечно.

Жидкость в количестве 2–4 л в сутки можно вводить капельным способом в виде 5 % раствора глюкозы и изотонического раствора поваренной соли и других солей. Глюкозу можно вливать также внутривенно в виде 40 % раствора.

Самым лучшим методом введения белка (и ряда других ценных веществ) является пере-ливание одногруппной крови. Необходимые организму больного аминокислоты можно ввести в виде гидролизатов, плазмы и плазмозаменителей.

## ГИГИЕНА ПИТАНИЯ

Питание больных в лечебно-профилактических учреждениях – один из важнейших элементов комплекса лечебных мероприятий. Рационально организованное лечебное питание предполагает возмещение энергозатрат человеческого организма, использование таких пищевых продуктов и технологии приготовления пищи, которые диктуются состоянием здоровья больного, а также правильное распределение общей калорийности пищи по отдельным приемам в течение дня.

Очень важно соблюдение санитарных правил заготовки пищевых продуктов, их хранения и транспортировки, технологии приготовления, сроков хранения и реализации пищи, а также выполнение правил личной гигиены медицинским персоналом. Нарушение этих правил может явиться причиной пищевых отравлений, глистных и инфекционных заболеваний в лечебно-профилактическом учреждении. На первом месте по частоте возникновения стоят пищевые отравления.

Пищевые отравления – это остро протекающие заболевания, возникающие в результате употребления пищи, инфицированной патогенными микроорганизмами или содержащей токсические вещества.

По этиологии пищевые отравления можно разделить на две группы: бактериального и небактериального происхождения. Пищевые отравления бактериального происхождения в свою очередь делятся на токсикоинфекции и бактериальные интоксикации.

Пищевые токсикоинфекции возникают при употреблении пищи, в которой обнаруживается значительное количество микробных тел, относящихся к сальмонеллам или условно-патогенным микроорганизмам (кишечная палочка, протей и др.). Инкубационный период (время, прошедшее от момента приема недоброкачественной пищи до первых признаков болезни) при пищевой токсикоинфекции составляет 12–24 ч. По прошествии этого срока развивается быстро и остро протекающее заболевание. Появляется тошнота, рвота, которая в ряде случаев приобретает неукротимый характер и сопровождается схваткообразными болями в животе. Ухудшается общее самочувствие, появляется частый жидкий стул и повышается температура. Перечисленные явления через 3–5 дней затихают, период выздоровления длится около 6 дней. Встречаются легкие формы отравлений, которые сопровождаются быстро проходящей тошнотой или кратковременным расстройством стула без заметного нарушения общего самочувствия.

Токсикоинфекции чаще всего возникают при употреблении инфицированных мясных блюд. Кроме того, возможно возникновение токсикоинфекции в результате употребления рыбы и рыбных изделий, овощей и молочных продуктов.

Значительная степень инфицирования готовой пищи возможна при недостаточной термической обработке загрязненного на бойне исходного продукта, когда часть микроорганизмов сохраняет жизнеспособность, при нарушении технологии приготовления пищи (в случае использования одних и тех же разделочных досок для сырых и готовых продуктов), а также при несоблюдении сроков хранения готовой пищи.

Бактериальные интоксикации – это пищевые интоксикации бактериальной природы, вызываемые токсинами стафилококков и возбудителя ботулизма. При стафилококковых

интоксикациях инкубационный период длится обычно 2–3 ч, затем появляются рвота, тошнота, спазматические боли в подложечной области, сердечная слабость. Температура тела повышается крайне редко. Как правило, выздоровление наступает через 1–2 дня.

Стафилококковые отравления возникают чаще всего при употреблении молочных продуктов, содержащих токсин (сметана, творог, крем в торте), а также различных овощных и мясных блюд, служащих благоприятной средой для размножения стафилококков. Инфицирование молока стафилококком часто происходит на фермах при доении коров, больных маститом. Кроме того, попадание стафилококков в готовую пищу возможно при гнойничковых заболеваниях кожи и воспалительных заболеваниях носоглотки у работников пищеблока.

Признаки заболевания при ботулизме обычно появляются через 12–36 ч. При этом отмечаются общее недомогание, слабость, головная боль, головокружение. Затем появляются характерные признаки этого заболевания: нервно-паралитические расстройства, проявляющиеся двоением в глазах и даже слепотой, затруднением глотания и речи, прогрессирующей слабостью мышц шеи и конечностей. Часто наблюдаются запоры. Продолжительность болезни различна. При отсутствии специфического лечения смертельный исход возможен на 2–3-й день.

Причиной ботулизма чаще всего являются мясные и овощные консервы, а также грибы домашнего приготовления при недостаточной тепловой обработке, а также колбасы длительного хранения, окорок, соленая и копченая красная рыба. Токсин ботулизма образуется при инфицировании этих продуктов палочкой ботулизма и последующей неправильной термической обработке или при нарушении правил хранения продуктов.

К пищевым отравлениям небактериального происхождения относятся отравления ядовитыми грибами, растениями (в том числе соланином, образующимся в картофеле, проросшем на свету), металлами, инсектофунгицидами (тиофос, гексахлоран и др.).

В стране разработана эффективная система мероприятий по профилактике пищевых отравлений, она включает материалы законодательного характера, в которых указаны требования по заготовке, хранению и транспортировке пищевых продуктов, правила приготовления пищи и сроки ее реализации. Важное место в профилактике пищевых отравлений занимает выполнение требований санитарных правил для предприятий общественного питания, в том числе для кухни, столовой и буфетов больницы. Все помещения кухни, столовой, буфетов должны содержаться в образцовой чистоте. С этой целью ежедневно производится их тщательная уборка: подметание влажным способом и мытье пола, обметание пыли, протирка мебели, подоконников и пр. Помещения нужно проветривать каждый день.

Генеральная уборка (мытьё стен, потолков, осветительной арматуры и др.) производится не реже 1 раза в неделю с применением моющих средств и 1 % осветленного раствора хлорной извести. Очистка стекол от пыли, дыма и копоти производится по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц.

Обеденные столы, сделанные из пластика (гигиеническое покрытие), оставляют открытыми. Столы с деревянными крышками покрывают скатертями, поверх которых допускается класть полиэтиленовую пленку или клеенку. Если на столы заранее ставят хлеб, он должен быть накрыт чистыми салфетками.

Уборка обеденных столов после приема пищи больными включает удаление грязной посуды, столовых приборов, остатков пищи, сметание крошек и тщательное протирание клеенки или крышки стола.

Для сбора грязной посуды используются специальные тележки. Для уборки столов с гигиеническим покрытием должен употребляться комплект салфеток с ясной, несмываемой маркировкой «для уборки столов». Каждый комплект должен состоять из двух салфеток (одна – влажная, другая – сухая для осушки покрытия). Салфеток должно быть в достаточном количестве, обеспечивающем их смену по мере загрязнения. Стирка салфеток производится в том же порядке, что и стирка санитарной одежды.

Уборочный инвентарь (тазы, ведра, щетки и пр.) должен быть маркирован и закреплен за отделением, хранят его в закрытых, специально выделенных для этой цели шкафах.

Для сбора пищевых отходов используются металлические ведра или баки с крышками (с педалью), которые при заполнении не более чем на 2/3 объема очищают, затем обрабатывают 2 % раствором кальцинированной соды, ополаскивают водой и просушивают.

При организации питания больных может быть использована столовая и чайная посуда из фаянса, стекла, алюминия и нержавеющей стали. Нельзя употреблять столовую и чайную посуду с отбитыми краями и трещинами из-за опасности повреждения рук и полости рта.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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