**ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ**

**Особенности ухода за больными в отделении травматологии и ортопедии**

*К закрытым повреждениям (травмам) относятся ушибы, растяжения и подкожные разрывы мягких тканей.*

***Ушиб*** является следствием кратковременного воздействия на ткани тупым предметом при ударе или падении. При повреждении мягких тканей ушиб сопровождается разрывами кровеносных сосудов – кровоизлияниями в ткани. Иногда возникает обширное кровоизлияние с образованием полости, расслаивающей ткани, – гематома. Заболеванию характерны боль, припухлость, кровоподтеки, местное повышение температуры, нарушение функции пострадавшей части тела. Лечат ушиб обеспечением покоя. Для уменьшения отека ушибленной конечности придается возвышенное положение. При наличии обширной гематомы накладывают тугую бинтовую повязку. Мочить место ушиба нельзя. Рекомендуется применять «сухой» холод – пузырь, заполненный льдом или холодной водой. Под пузырь на тело больного кладут подстилку (полотенце). Через 2–3 дня по назначению врача для ускорения рассасывания кровоизлияния можно переходить к лечению тепловыми процедурами – грелками, компрессами, физиотерапевтическими процедурами. Это лечение дополняют массаж и движения.

***Растяжения и разрывы*** возникают при действии сил в виде тяги. Возможны разрывы мышц, сухожилий, связок, сосудов и нервов. Лечение большинства разрывов мягких тканей оперативное – сшивание. В качестве первой помощи практикуют тугое бинтование, холод, возвышенное положение поврежденной конечности. Растяжения связок случаются значительно чаще, чем разрывы. На первом месте растяжение связок [голеностопного сустава](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-RUfHh*xyT8269lIvxsUKDM5FTPDLSxbB83nGI*XNnb*nyx3geKkNm1BCuZqvf7Xn0lj5uKMm3fBhA55YfMxwcKYx1FLxVlEfjY890xr7ZF6UaD-YO*KpI5h9O3LQsLoqowQy3Eql9UUVLsnGj27LKUH8YA4PE19vbRlTt-y13-aPIVUAv-b*Ctsd28uVbEI2hDVScDUf2afcDjTL*E-902L0KpHuCSWYoEwOIPzxT1Oh577smm9UdS4apFgYweXzD1HzblVWgDteSZ2VmU2oCIuN7zFTwTG5Fov-Nfwx6qME1-dHWn3Nyj2TcvyvI0ckuZJx9HaQNsWf4eS5XCVNlQRHR7y26f2fuPLK1WtiHUrepzE94Yq1SLF9-E3ZW2t--zHl1wVZDUhdMH262cfQ1*T8DcNp8X4**JY5l6wcxqhNPip7kF*sF*hMRuI9KRtJhFST3R4KE*JIgrBAio28yEyOiorjj92O1QZNWSYMsBWFeQtJI1qH8wFEdFBBo*at32UC1WQydrG&eurl%5B%5D=QrSt-WVkZWQqhQj8vUsx098aC9YyC5obYaSI0U9L77mVBbvv). При этом заболевании больной испытывает резкую боль, обязательно повреждаются мелкие сосуды, и контуры сустава бывают сглажены. Функция [голеностопного сустава](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-RUfHh*xyT8269lIvxsUKDM5FTPDLSxbB83nGI*XNnb*nyx3geKkNm1BCuZqvf7Xn0lj5uKMm3fBhA55YfMxwcKYx1FLxVlEfjY890xr7ZF6UaD-YO*KpI5h9O3LQsLoqowQy3Eql9UUVLsnGj27LKUH8YA4PE19vbRlTt-y13-aPIVUAv-b*Ctsd28uVbEI2hDVScDUf2afcDjTL*E-902L0KpHuCSWYoEwOIPzxT1Oh577smm9UdS4apFgYweXzD1HzblVWgDteSZ2VmU2oCIuN7zFTwTG5Fov-Nfwx6qME1-dHWn3Nyj2TcvyvI0ckuZJx9HaQNsWf4eS5XCVNlQRHR7y26f2fuPLK1WtiHUrepzE94Yq1SLF9-E3ZW2t--zHl1wVZDUhdMH262cfQ1*T8DcNp8X4**JY5l6wcxqhNPip7kF*sF*hMRuI9KRtJhFST3R4KE*JIgrBAio28yEyOiorjj92O1QZNWSYMsBWFeQtJI1qH8wFEdFBBo*at32UC1WQydrG&eurl%5B%5D=QrSt-WVkZWQqhQj8vUsx098aC9YyC5obYaSI0U9L77mVBbvv) резко нарушается – наступать на ногу очень больно.

Для лечения применяют тугое бинтование области голеностопного сустава. До наложения повязки на несколько минут конечности придают возвышенное положение для уменьшения отека. Необходимы покой, возвышенное положение голени (на подушке, шине). Эффективность дальнейшего лечения зависит от ухода за повязкой: при ее ослаблении лечение неэффективно. За ней надо следить и поддерживать давление бинта на сустав.

***Рана*** *– это открытое повреждение, при котором нарушена целость кожи, слизистых оболочек, глубоколежащих тканей организма.*

Признаками свеженанесенной раны являются боль, кровотечение и зияние (открытая рана). Среди ран выделяют операционные, которые наносятся преднамеренно с лечебной целью в условиях операционного зала с соблюдением правил асептики. Все остальные раны (случайные и преднамеренные) **всегда загрязнены микроорганизмами**, в них может развиться инфекция и возникнуть нагноение. По характеру повреждения тканей раны подразделяют на колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, укушенные, отравленные (укусы ядовитых существ), огнестрельные. Раны могут проникать или не проникать в полости тела, по этому признаку их делят на проникающие и непроникающие.

Если говорить об операционной ране, то она практически стерильна. Как правило, операция заканчивается послойным зашиванием раны с наложением швов на кожу. После смазывания 5 % спиртовой йодной настойкой операционную рану закрывают стерильной повязкой или наклейкой. Уход за операционной раной сводится к обеспечению покоя, соблюдению чистоты повязки и наблюдению за раной. При этом в области раны не должны возникать припухлость и покраснения. Как правило, из операционной раны не должно быть никаких выделений. Исключение составляют раны в гнойной хирургии. При перевязках рану осматривает врач и принимает решение о дальнейшем лечении.

При загрязнении повязки, а также после снятия повязки для осмотра, производится ее смена. Это можно сделать в перевязочной или в палате. Следы от предыдущей наклейки в окружности раны удаляют тампоном, смоченным эфиром, а швы на ране смазывают йодной настойкой и на рану кладут стерильную салфетку – одну или несколько в зависимости от величины раны. Сверху накладывают стерильный бинт или наклейку. Края наклейки подрезают у границы приклеенной марли.

*При уходе за больным, имеющим рану любого характера, всегда надо помнить о возможности наружного или внутреннего кровотечения, поэтому необходимо следить за состоянием повязки на ране и за общим состоянием больного. При малейшем подозрении на неблагоприятное развитие болезни вызывают врача.*

Сложнее уход за гнойными ранами. Все манипуляции у больных с гнойными ранами должны производиться только после окончания ухода за больными с чистыми ранами, чтобы избежать возможного заражения. Гнойное отделяемое пропитывает повязку, поэтому при ее наложении приходится использовать стерильную вату или большое количество салфеток. Промокающую повязку периодически (в период между перевязками) подбинтовывают, подкладывая перевязочный материал. Медицинская сестра должна следить, чтобы повязка не пачкала белье больного и постель.

*Снятые повязки с гнойных ран уничтожают.*

При перевязке гнойной раны с особой тщательностью производят туалет кожи, окружающей рану. Саму рану промывают перекисью водорода или слабым раствором калия перманганата, а края раны смазывают йодной настойкой. С тканями раны обращаются очень осторожно. Недопустимо протирание раны марлей и грубое введение тампонов и т. д. Промывают рану с помощью шприца. Перевязку гнойной раны выполняют в стерильных резиновых перчатках и с помощью инструментов. Нельзя касаться раны и перевязочного материала руками, чтобы, с одной стороны, не внести инфекцию в рану, а с другой – не заразить инфекцией руки персонала. Перевязки должен производить врач, перевязочная сестра ему только помогает.

Если перевязка проводится в палате, медицинская сестра должна все подготовить. Надо обеспечить свободный доступ к больному, приготовить столик или тумбочку для размещения биксов с перевязочным материалом, набором инструментов и т. д. Надо приготовить емкости (ведро, таз и т. п.) для сбрасывания использованного перевязочного материала. При попадании перевязочного материала или отделяемого раны на постель, белье больного или на пол необходима смена белья и внеочередная уборка палаты вокруг постели этого больного.

***Ожоги*** *вызываются действием высокой температуры (термические), химических веществ (химические) или излучения (лучевые). Чаще встречаются термические ожоги (пламенем, кипятком и т. п.).*

По глубине поражения различают четыре степени ожогов.

Ожоги I степени проявляются покраснением и отеком кожи. Ожоги II степени характеризуются образованием пузырей. При ожогах III степени наступает омертвение кожи. Ожоги IV степени сопровождаются омертвением глубоких тканей, включая иногда и кости. Выделяется и V степень ожога – обугливание. Ожоги I и II степени считаются поверхностными, остальные – глубокими. Тяжесть ожога зависит от площади и глубины поражения.

Первая медицинская помощь при ожогах заключается в обезболивании, наложении стерильных повязок и доставке пострадавшего в лечебное учреждение.

Ожоги вызывают общие и местные расстройства. Общие возникают при значительных (часто глубоких) по площади ожогах, и носят название ожоговой болезни. Ожоговая болезнь протекает стадийно – по периодам. Первый развивается вследствие раздражения огромного количества нервных окончаний кожи и прилива крови к коже – это ожоговый шок. Чем больше площадь ожога, тем чаще возникает и тяжелее протекает ожоговый шок. Второй период – токсемия («самоотравление» организма всасывающимися с ожоговой поверхности продуктами распада тканей). Третий период – септикотоксемия, когда на обожженной поверхности развивается инфекция и начинается нагноение. Это ухудшает общее состояние больного.

По ходу лечения состояние больного улучшается, начинают преобладать процессы восстановления – это период реконвалесценции, т. е. выздоровления.

***Местное лечение ожогов*** требует особого внимания. Главное правило – строжайшее соблюдение асептики. Палата, в которую поступает больной с ожогом, должна быть дезинфицирована. Постель для больного медицинская сестра застилает стерильным бельем. Только в крайнем случае можно использовать постельное и нательное белье после интенсивного проглаживания его горячим утюгом с двух сторон. Лучше, чтобы все, с чем соприкасается обожженный, подвергалось надежной стерилизации или дезинфекции. Нельзя забывать, что обожженный крайне чувствителен ко всем видам инфекции. Ему угрожает не только заражение ожоговой поверхности, но и другие инфекционные осложнения – воспаление легких, инфекция мочевых путей и т. д. По этой причине в комплексную терапию ожогов входит и лечение антибиотиками.

В палате, где находится больной с ожогом, температура воздуха должна быть не менее 22–24єС. Надо соблюдать осторожность при смене постельного и нательного белья, гигиенических процедурах, проветривании палаты. Нельзя допускать охлаждения обожженных больных, которые отличаются высокой чувствительностью к холоду.

Первичную хирургическую обработку ожоговой поверхности с целью очищения и обеззараживания производит врач в операционном зале, иногда при этом снимают пузыри (с обезболиванием). После первичной обработки ожога применяются различные виды местного лечения. При закрытом методе ожог закрывают повязками с различными лекарственными веществами – масляно-бальзамическим линиментом по А. В. Вишневскому, эмульсией синтомицина или стрептоцида, стерильным вазелиновым маслом, стерильным парафином и др. Повязки меняют через несколько дней по назначению врача и под его контролем.

При лечении ожогов повязки могут промокать отделениями с ожоговой поверхности. По этой причине к лечению ожогов полностью относится сказанное о повязках больных с гнойными ранами.

***Вывихом*** называют смещение суставных концов костей. Различают полный вывих (суставные поверхности костей полностью не соприкасаются) и неполный или подвывих. Вывихнутой считают ту кость из двух, которая расположена дальше от головы или туловища. Так, вывих в [*плечевом суставе*](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-WxmZ2ZzjrP5JBaHcNTb5-z22vwM4uOUyAIo10BY*bkxUOO4Ti1r*aKOxSmlcjEYUHoaGqN0ZqVH5EJ5zu0jV1ef96b5yRyW1FMoH7psWYnF5SJI*2ZzTElb2ZvUkdFvUxvXb5bnDh7y*0cud73wZLoPt0DkJEAIkVK0zragE-ixnsfoFQo6-eJ7AEl0fRYdnmls4dI1OWVy67M8SX0IJMhChdc7kYezqwHCziavP0Jsbrei8xhqwi8RGZ-qUn3GNrvL50pGdJ-790q2Dih-G2GVgtg0J*qm0M*fa1YZCPXnKov0cPLQ48hCgXcnNh3JGTqW8t7ONd5Zll-kxSAhtSaeRP-zZtNnSBpgUScxVMjNTotsHtA**37ISteuzLJ4AysQFw64KWLMweJ72PnJVo*OTmAC4gDMqxgaD4RiHVpif*H6HEE8Fob40164Nl*U2qOqmoZwBeyvpiruHkCWgJk7QHoQIQKF-UD6xn*CPPBbFNdUtNkQToCeovBxJfNKhg&eurl%5B%5D=QrSt-WJjYmPy6MW19AJ4mpZTQp8pi4Jz3nUAgIjih4gB5ggQ) называют вывихом плеча, в *тазобедренном суставе* – вывихом бедра и т. д.

Вывихи могут быть врожденными (у плода во внутриутробном периоде развития) и приобретенными. Приобретенные делят на травматические и патологические (вследствие заболеваний суставов). Чаще встречаются травматические вывихи.

Как правило, вывих сопровождается разрывом суставной капсулы, а вывих с разрывом [кожи](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-ZyVlJXx1raKV2X0A6eolI*FqY9-kZDnu4ybffFSwglO-dC4zqDWEJJrCydC4hJ6UGODL0e5gWXi8wwya81RTLvIIA5BetAL*zKgjMpnnmKPJkswi*hLNAY*K-R2cVxMatWuu9Gt3YCrebo1NHZbvQK*NcqJTV9Pbfrkq-GxWTrDEnwdRAZwcC3EtEV69Kabq8iJOt*pQfU7kOPP9*iPooYPDj9OcxizqDNWsU70UYIuY8KS3INMileHbAolkgisFDGTn7n58nRYGS0OVcj2rmv-gIsCIZROTc*n3UHp2xwtMKA69rxBrEUbtyqcrF2VTneQB5OChqo5b2HWuGf-eVFAry5t2uHmsTx-ztVOfecU1EfGozTBawE&eurl%5B%5D=QrSt-WVkZWSMb4c4eY-1FxvezxJLdmx2YWXwoh2-lM5dEJpm) называется открытым вывихом. Для лечения открытого вывиха необходима операция. Часто повторяющиеся вывихи носят название привычных – они могут повторяться при обычных движениях без какого-либо воздействия извне.

*Симптомы вывиха:* боль, невозможность движения в поврежденном суставе и нарушение обычной его формы.

Первая помощь при вывихе заключается в наложении фиксирующей повязки и доставке больного в лечебное учреждение. Лечение вывихов сводится к вправлению, которое может быть оперативным (кровавое вправление) и ручным (бескровное вправление). Большинство вывихов удается вправить без операции. Вправление вывиха – это врачебная манипуляция.

Если на вывих наложена повязка, уход за ней сводится к наблюдению, чтобы она удерживала конечность в правильном положении и не допускала повторения вывиха. После вправления вывиха больному нужно создать в кровати удобное положение для конечности. Целесообразно придать конечности слегка возвышенное положение. В первые дни после вправления вывиха область поврежденного сустава нельзя согревать. Через 7-10 дней назначается лечебная физкультура.

***Перелом*** – это полное или частичное повреждение целости кости. Переломы, как и вывихи, бывают врожденными и приобретенными. Последние могут быть патологическими (вследствие заболеваний костей) и травматическими. Большинство переломов травматического происхождения. Как и вывихи, переломы бывают открытые и закрытые.

*Симптомы перелома:* боль, патологическая подвижность на протяжении кости, хруст от трения костных отломков при их движениях (крепитация), деформация, припухлость в области перелома и нарушение функции. При переломе первая помощь состоит в иммобилизации (обеспечение неподвижности) области перелома, обезболивании и доставке пострадавшего в лечебное учреждение. Транспортная иммобилизация проводится с применением различного рода шин. Иммобилизация может быть достигнута положением больного на щите (при переломе позвонков).

Лечение переломов всегда проводится под руководством и при участии врача. Есть два основных вида лечения переломов – оперативное и консервативное (без операции). При оперативном отломки кости скрепляют металлическими стержнями или пластинками. Металлические стержни («гвозди») вводят в полость кости – костномозговой канал. Пластинками при помощи шурупов скрепляют костные отломки снаружи кости. После операции, как правило, накладывают гипсовую повязку.

Консервативное лечение переломов – это правильное составление отломков и наложение гипсовой повязки, лечебной шины или применения скелетного вытяжения.

*Часто гипсовая повязка* существенно затрудняет уход за больным. Гигиенические процедуры, подача судна, перекладывание больного, перестилание постели, смена белья – все это заметно усложняется. Для выполнения этого приходится привлекать дополнительный персонал, выделять людей для поддержания повязки (особенно больших повязок: торакобрахиальной, охватывающей грудную клетку и плечо; кокситной, охватывающей таз и бедро; всей нижней конечности и т. д.). Надо тщательно следить за тем, чтобы крошки не проникали под повязку, где они могут вызвать раздражение кожи и воспаление. Для предупреждения этого осложнения в щель между гипсовой повязкой и кожей больного можно вложить несколько витков мягкого бинта. Эта простая мера очень эффективна. Также во время мочеиспускания и стула должны быть приняты меры, предупреждающие попадание мочи и кала под повязку и на нее. Надо помнить, что при обтирании больного повязку нельзя мочить. Трудности может вызвать смена нательного белья. Не надо натягивать белье на гипсовую повязку, поскольку большие гипсовые повязки сами заменяют соответствующие участки одежды. Нельзя забывать, что во время сна и проветривания палаты больной должен быть тщательно укрыт, несмотря на самую замысловатую и неудобную для укрытия конфигурацию повязки. В таких случаях надо использовать дополнительное одеяло.

*Скелетное вытяжение* – это один из видов лечения переломов. Для наложения скелетного вытяжения в операционном зале под местной анестезией через некоторые утолщенные участки длинных костей в поперечном направлении специальной дрелью проводят спицу. К спице крепят скобу, от которой через блок шины, куда уложена конечность, перекидывается трос. На конце его подвешен груз, который и осуществляет вытяжение. Чтобы груз не перетягивал больного (при лечении скелетным вытяжением переломов нижней конечности), обычно поднимают на стойки ножной конец кровати. Скелетное вытяжение организуется, потому что длительное вытяжение преодолевает сокращение мышц и тем самым устраняет смещение отломков кости при переломе. Особенно часто применяется скелетное вытяжение при переломах бедра и голени, где сильные мышцы вызывают своим натяжением особенно большое смещение костных отломков. Иногда скелетное вытяжение является этапом в подготовке больного к оперативному лечению перелома.

При переломах костей нижней конечности скелетное вытяжение создает еще большие трудности для ухода за больным, чем гипсовая повязка. При наличии скелетного вытяжения передвинуть, переложить больного для смены постельного белья и т. д. крайне сложно, так как, кроме вытяжения, требуется еще одно условие для эффективности лечения: неподвижность области перелома. Так что все манипуляции: гигиенические процедуры, подача судна, смена постельного и нательного белья должны производиться с минимальными изменениями положения области перелома. Чрезвычайно трудна в таких условиях переноска больного, которую надо осуществлять вместе с шиной и грузом без смещения отломков в области перелома кости.

Все это означает, что больной со скелетным вытяжением требует особенно тщательного наблюдения медицинского персонала. Вокруг мест введения спицы не должно быть признаков воспаления. Участок кости, через который проведена спица, не должен смещаться, он должен находиться в центре спицы и удерживаться фиксаторами. Нога больного не должна упираться в спинку кровати, а груз – опускаться на пол, так как при этом вытяжение прекращается.

Больной со скелетным вытяжением, как и больной с гипсовой повязкой, должен быть тщательно укрыт одеялом. Чтобы оно не цеплялось за концы спиц, на их загнутые концы следует надеть пробки. Уход за кожей ноги, уложенной на шину, проводится медицинской сестрой так же регулярно, как и уход за кожей остальных участков тела. Для обработки область перелома осторожно, сохраняя направление оси этой области конечности и вытяжения, обеими руками приподнимают.

*Все манипуляции по уходу за такими больными удобно производить вдвоем.*

Главное в лечении всех ***закрытых травм черепа и головного мозга*** (открытых травм – после операции) – абсолютный покой и лечебно-охранительный режим. Обязательное условие – строгий постельный режим. Это тем более необходимо, что некоторые больные с тяжелыми травмами мозга субъективно физически чувствуют себя удовлетворительно: могут вставать, ходить и т. д. Медицинская сестра должна терпеливо объяснять таким больным важность соблюдения режима для предупреждения в дальнейшем возможных необратимых поражений мозга (вплоть до параличей). Надо убедить больных в необходимости на протяжении времени, установленного врачом, пользоваться судном лежа в постели, не делая при этом резких движений. В некоторых случаях больным может быть запрещено даже поворачиваться на бок.

***Травмы позвоночника*** относятся к крайне опасным. При повреждении спинного мозга возникают параличи конечностей, нарушения функций тазовых органов – мочеиспускания и дефекации. Транспортировка таких больных, обычно находящихся в тяжелом общем состоянии, должна проводиться так, чтобы исключить малейшее сгибание позвоночника, которое может дополнительно повредить спинной мозг. Транспортировать больного в положении на спине можно только на деревянном щите. При укладывании больного на щит требуется помощь минимум четырех человек: трое осторожно, подводя руки под больного и не допуская перемещения его позвоночника в какое-либо направление, поднимают больного, а четвертый подводит под него щит.

Независимо от того, установлено или не установлено повреждение спинного мозга, транспортировка больного с [переломом позвоночника](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-Y2FhIUDPCUdwPJjlDA-AxgSPhjoBgdwLD62DgHfxPgfUC8FCl6Amap3zsZOnH3m2i5TKsqFjKZJrHoDJwv2Dot6KR0fy7bwzbsID*IQNtTswLzXl4DRSRvFO5rjFLRACJAP96XvGk2ug5NeWCGWXVHFNRcv7YiPcoVaBLwTGWaABAoY2JPXH7LVeLvUBC14OehKVe2wXASc7wZVApbNFcN1Ftlaix6opk4qN8GX0JoJR2CCXsDnfLA4F12LJyNzZK0A-HtG*FVXguXcl7lW47UVHU*fwLlEevqrRFkGEb-ginKmmtVPX2yZmADm9iquUUtsqr3FDFRNnYdPi9v2p8xgAOsm*D73-DgD*Syu4M7Ck0xVOhH9bgfjEbeqFN-K7IXBCZlMCE6VPdR*FNHOEUCZKiSAQiULzQ&eurl%5B%5D=QrSt-WZnZmeFJNyFxDJIqqZjcq8Nz2Zp*WrhTRBtpCul9gW4) всегда должна производиться с соблюдением описанных правил. Необходимо помнить, что у больных с повреждением спинного мозга может отсутствовать чувствительность ниже уровня перелома, поэтому такие больные не могут сообщить о появлении болей или других ощущений при неправильной переноске. При транспортировке больных с переломами шейного и поясничного отделов позвоночника под эти области дополнительно подкладывают мягкие валики.

Для больного с повреждением спинного мозга на кровать кладут матрац, а под него – деревянный щит. При переломах шейного и поясничного отделов позвоночника на уровне этих отделов подкладывают валики. На матрац настилают простыню, которую надо как можно лучше разгладить и натянуть, закрепив к торцам и краям матраца английскими булавками. Постель всегда должна быть сухой и чистой. У больных с параличами очень легко возникают **пролежни**, которые инфицируются и могут вызвать общее заражение организма – сепсис, поэтому кожу больного необходимо особенно тщательно обрабатывать. Приходится использовать и другие меры профилактики пролежней – надувные круги, частое перекладывание больного, т. е. выполнять соответствующие предписания врача. Больным с нарушением чувствительности нельзя применять грелки, так как могут возникнуть ожоги. Особенно внимательно нужно следить за своевременным мочевыделением и опорожнением кишечника, так как паралич тазовых органов проявляется в нарушении самостоятельного мочеиспускания и стула. Больным с параличами тазовых органов чаще всего накладывают надлобковый свищ мочевого пузыря. При уходе за свищом и дренировании мочевого пузыря у этих больных необходимо безупречно соблюдать требования гигиены и асептики, так как восходящая инфекция мочевыводящих путей является наиболее частой непосредственной причиной смерти больных с травмой спинного мозга. При отсутствии самостоятельного стула не реже чем через день необходимо ставить очистительную клизму.

При некоторых переломах позвоночника применяются другие виды лечения: вытяжение при помощи **петли Глиссона**, скелетное вытяжение за теменные бугры, **вытяжение лямками за подмышечные впадины и т. д.** Головной конец кровати в таких случаях приподнимают, ножки ставят на подставки (всю кровать, но ни в коем случае не подголовник). Медицинский персонал должен регулярно следить за правильным функционированием вытяжения.

У больного с ***переломом таза,*** как и у больного с [переломом позвоночника](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-Y2FhIUDPCUdwPJjlDA-AxgSPhjoBgdwLD62DgHfxPgfUC8FCl6Amap3zsZOnH3m2i5TKsqFjKZJrHoDJwv2Dot6KR0fy7bwzbsID*IQNtTswLzXl4DRSRvFO5rjFLRACJAP96XvGk2ug5NeWCGWXVHFNRcv7YiPcoVaBLwTGWaABAoY2JPXH7LVeLvUBC14OehKVe2wXASc7wZVApbNFcN1Ftlaix6opk4qN8GX0JoJR2CCXsDnfLA4F12LJyNzZK0A-HtG*FVXguXcl7lW47UVHU*fwLlEevqrRFkGEb-ginKmmtVPX2yZmADm9iquUUtsqr3FDFRNnYdPi9v2p8xgAOsm*D73-DgD*Syu4M7Ck0xVOhH9bgfjEbeqFN-K7IXBCZlMCE6VPdR*FNHOEUCZKiSAQiULzQ&eurl%5B%5D=QrSt-WZnZmeFJNyFxDJIqqZjcq8Nz2Zp*WrhTRBtpCul9gW4), под матрацем должен быть деревянный щит. Кроме этого, поперек кровати на уровне коленей больного кладут мягкий, но плотный валик. Больного укладывают на кровати в так называемое положение лягушки: под согнутые в тазобедренных и коленных суставах ноги подкладывают валик, колени слегка разводят в стороны, пятки при этом должны быть вместе. У больных с переломами таза могут быть повреждены мочевыводящие пути. В таких случаях им ставят постоянный катетер или накладывают надлобковый мочевой свищ.

При сочетании перелома таза с переломами костей нижних конечностей больным дополнительно накладывают скелетное вытяжение.

Во всех этих случаях особенности ухода за больными определяются применяемыми методами лечения.

**Особенности ухода за больными в торакальном отделении**

Переломы ребер в зависимости от места перелома и количества сломанных ребер могут представлять серьезную угрозу для жизни больного, вызывая опасные нарушения дыхания. Иногда при переломах ребер происходят разрывы легких, печени, селезенки и почек.

В то же время одиночный перелом ребра без повреждений внутренних органов после обезболивания области перелома может не беспокоить больного и не требует особого внимания персонала. Однако множественные (особенно так называемые окончатые или створчатые – по нескольким линиям) переломы ребер с нарушениями дыхания и кровообращения требуют непрерывного наблюдения за такими больными.

Для профилактики застойных явлений в легких больной с переломом ребер должен находиться в постели в полусидячем положении с максимально поднятым подголовником. Под согнутые колени надо положить валик, фиксированный к кровати, или выдвинуть под колени больного секцию [функциональной кровати](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-VpQUVDPDIXpNAaXYMTL9*zmyuwc8vOE2PQOnWwWGHZYUn19*EQGzVgXTTaHTTxeiDLhn4DCo0z6F5Vgg8vN8L0e2fbD233nPxr06t*umxdbTYFbrYwrcm6yOIxEqn*nRnea2xTMFk25jgr1RzggHmWf7-KA9eoNGV89Ux1IkXKRmXn*fWI*Sku16RwYXgKdsY4e29dpefKWdeTnPJzlFfkIEyfa0zDCagdE8Kpt58o*jiWD*Guap5CPLylcy3UrSM9XXulnG3vdYErkw68dZN4vn8pSV1iLACrF4h-ZRiZbMZkxCrlCoIQxMCZ-qtbZ6UqiEl-6gPNCZj4S5RKUyBoRwTZKObu3w6GQtS1zWpIOwTgvJs*q7DxvrxbIfDSHg76e7Cy9SpGVw5nS0X-VlOVIXm0F60Sy4-V2Msui8ZhUpHtenxJc5zTGXeAryi1jHWGHy*YyP0POdPnvFUcHJ0i3KHvoRQT0HqgwhGcwNkDZG*so1QOBN2XA1d2R8vN5LA&eurl%5B%5D=QrSt-WRlZGXKPFdoKd*lR0uOn0KQmR*wFT2j0TSU0kRoPj-U), чтобы он не сползал вниз. Важно учитывать в динамике частоту дыхания больного. Медикаментозное лечение (противокашлевые и обезболивающие средства, антибиотики) проводится строго по назначению врача. При обнаружении у больного подкожной эмфиземы, проявляющейся «хрустом снега» при ощупывании подкожной [клетчатки](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-be9vL2yJbnOEyGwR*Ps0MvB7cs71dSj-yjl-kkinoESpaGGaXwYwGBYS5o-NyTGJj47-G7rEqG-HPBsIilNmXv9tNED27TQLXZ6qq9KhadjM9FHtVRG6-ASnuRXnVYGX-0tfM8sHfIDBKfbPuBI8Orh5zcjysp8nSlqAeqgR6gE1A87YOQgZD4GVuBQwFUr3rRSzBg*ypqdRBxosr-OP2vHK35eNCjmzi*IWxHs7BcOvkQ*oNnFmmm4FxeXA39ipIqOv5SFssAZm2azFnWZ2c6389M3hGSelsckJW1Haps6wEglXN*OUBBdB0H*IIRcrN7cAID0OKEw2t0d-wIxerS7c8ITLISzYzLAZioB1piEd7vS80fgu--DVMJ2Ya3tZ2nx9DPx-wVxUlfJOmpAa8JPH7u1hAA4qaDm9Bsdz00g-SRQ-cVBcN5vi3wIF67BbSpnT12xzcM5WPLu0SLdz*61kMfxNlXk1uok9X8H6Dh-u9VJTB3yNuY&eurl%5B%5D=QrSt-WRlZGU0AfjhoFYszsIHFst3P*b4OlC4WRRz7BWWDhTH), очень важно не пропустить опасное нарастание этого симптома.

При кровохарканье больного надо наблюдать за динамикой количества отхаркиваемой крови. При малейшем изменении общего состояния, дыхания или поведения больного необходимо срочно вызвать врача.

Ранения груди могут быть проникающими и не проникающими в грудную полость. Не проникающие, как правило, не опасны. Проникающие ранения в зависимости от характера повреждений органов грудной клетки вызывают различные нарушения. Ранения сердца, больших сосудов и легких могут сопровождаться смертельными кровотечениями. Проникновение воздуха в грудную полость (пневмоторакс) вызывает спадение легкого и выключение его из дыхания. Повреждение легкого может вызвать внутреннее кровотечение в грудную полость (гемоторакс). Лечение любого ранения груди требует неотложной операции. Оперативное лечение проникающих ранений груди с повреждением органов груди – трудный раздел хирургии и анестезиологии. Еще более сложные задачи ставят перед медицинским персоналом сочетания ранения органов грудной и брюшной полостей.

После торакотомии (операции со вскрытием грудной полости) больной должен находиться в палате в полусидячем положении с поднятым подголовником (исключение может быть для больного без сознания). Как и при переломах ребер, надо принять меры, чтобы больной не сползал вниз, т. е. подложить под согнутые колени укрепленный на кровати валик или выдвинуть соответствующую секцию [функциональной кровати](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=QrSt-VpQUVDPDIXpNAaXYMTL9*zmyuwc8vOE2PQOnWwWGHZYUn19*EQGzVgXTTaHTTxeiDLhn4DCo0z6F5Vgg8vN8L0e2fbD233nPxr06t*umxdbTYFbrYwrcm6yOIxEqn*nRnea2xTMFk25jgr1RzggHmWf7-KA9eoNGV89Ux1IkXKRmXn*fWI*Sku16RwYXgKdsY4e29dpefKWdeTnPJzlFfkIEyfa0zDCagdE8Kpt58o*jiWD*Guap5CPLylcy3UrSM9XXulnG3vdYErkw68dZN4vn8pSV1iLACrF4h-ZRiZbMZkxCrlCoIQxMCZ-qtbZ6UqiEl-6gPNCZj4S5RKUyBoRwTZKObu3w6GQtS1zWpIOwTgvJs*q7DxvrxbIfDSHg76e7Cy9SpGVw5nS0X-VlOVIXm0F60Sy4-V2Msui8ZhUpHtenxJc5zTGXeAryi1jHWGHy*YyP0POdPnvFUcHJ0i3KHvoRQT0HqgwhGcwNkDZG*so1QOBN2XA1d2R8vN5LA&eurl%5B%5D=QrSt-WRlZGXKPFdoKd*lR0uOn0KQmR*wFT2j0TSU0kRoPj-U).

После операций на органах грудной полости обычно перед зашиванием операционной раны через отдельное отверстие на боковой поверхности груди выводят резиновую дренажную трубку, которую оставляют на несколько дней в грудной полости. Она необходима для откачивания через дренаж скапливающихся в грудной полости после операции воздуха и жидкого содержимого, в противном случае скопление их вызовет сдавление легкого и сердца с весьма опасными последствиями.

Тактика обращения с торакальным дренажем может быть двоякая.

*Первый вариант:* после удаления содержимого плевральной (грудной) полости на операционном столе после герметичного ушивания раны груди дренаж может быть завязан, и больной будет находиться в палате с закрытым дренажем. В этом случае для откачивания содержимого грудной полости дренаж, зажатый предварительно зажимом, развязывают и в конец трубки вставляют шприц Жане для промывания полостей. Во время откачивания шприцем зажим снимают с дренажной трубки, но перед выниманием наконечника шприца зажим вновь накладывают на трубку. При этом необходима точная согласованность действий обоих участников процедуры, чтобы ни в коем случае не допустить прохождения атмосферного воздуха через дренажную трубку в грудную полость (т. е. предотвратить возникновение пневмоторакса). Откачивание из грудной полости прекращают, когда не удается получить из нее ни газа, ни жидкости. Трубку надежно перевязывают после ее перегиба, тогда зажим может быть снят. Такую манипуляцию обычно повторяют 2 раза в сутки. Если содержимое грудной полости скапливается в большом количестве, то ее приходится производить чаще. Откачивание через дренаж содержимого плевральной полости – исключительно *врачебная манипуляция*.

*Второй вариант:* дренажная трубка может быть оставлена открытой для постоянного выделения через нее газа или жидкостей, скапливающихся в грудной полости. При этом, однако, необходимо принять меры, чтобы через дренаж не мог поступать воздух в грудную полость. Это достигается созданием на конце дренажа клапана одностороннего действия. Один вариант клапана получается, если на конец дренажной трубки надеть палец от резиновой перчатки с разрезанным кончиком и опустить его в раствор антисептика, например фурацилина. Чтобы получить плоский клапан, в палец вставляют в виде распорки кусочек спички, не сильно растягивая резину. Можно сделать двухбутылочный дренаж, в котором опущенная в воду стеклянная трубка второй бутылки явится водяным клапаном одностороннего действия для выхода газа, а первая (от больного) бутылка будет служить для собирания и учета количества жидкого отделяемого плевральной полости.

При устройстве дренажа важно понимать, что водяной клапан не должен создавать большого сопротивления, для чего должен быть погружен в раствор антисептика не более чем на 2–3 см, иначе вместо поступления через дренаж содержимое грудной полости будет в ней скапливаться.

С другой стороны, поступление в дренажную трубку воздуха (при не погруженном в раствор «клапане») сразу же приведет к развитию пневмоторакса со всеми его последствиями. При внезапном обильном поступлении крови по дренажу медицинская сестра должна срочно вызвать врача. Также необходимо поступить и при выпадении дренажа из раны.

Сосуды, в которые погружаются дренажи из грудной полости, обычно размещают под кроватью больного. Они должны быть значительно ниже уровня грудной полости, чтобы при глубоком вдохе больной не мог всосать в грудную полость раствор антисептика из этого сосуда или отделяемое.

Уход за раной вокруг дренажной трубки осуществляется по общим правилам. Врач удаляет дренаж, когда он становится ненужным, и накладывает швы на рану.

**Особенности ухода за больными в урологическом отделении** заключаются прежде всего в том, что после операции на почках, мочеточниках, мочевом пузыре осуществляются по дренажам и катетерам. Данные особенности ухода будут освещены на последующих занятиях.

**Особенности ухода за больными в отделении гнойной хирургии**

В ответ на попадание микробов в организм в тканях и органах развивается стереотипная реакция - инфекционно-воспалительный процесс. С клинической точки зрения выделяют две его стадии - серозно-инфильтративную и гнойно-некротическую. В первую стадию показано консервативные лечение, направленное на обратное развитие воспаления и полное его купирование. Для этого используют антибактериальные, противовоспалительные средства, физиотерапию, витамины, обезболивание и детоксикацию организма.

Во вторую стадию происходит отторжение погибших тканей, образование гноя и детрита в очаге деструкции. В данный период абсолютно показано оперативное лечение, которое по современным требованиям должно быть активным и включать: 1) операцию хирургическую обработку гнойного очага, 2) адекватное дренирование раны, 3) возможно раннее закрытие раневого дефекта, 4) рациональную антибиотикотерапию и 5) иммунокоррекцию.

**Операция хирургическая обработка гнойного очага** выполняется в отсроченном порядке в дневное время опытным хирургом с соблюдением всех правил асептики под общим обезболиванием. Исключение составляют больные с анаэробной инфекцией. У них эта операция проводится по экстренным показаниям в силу быстрого распространения инфекционно-воспалительного процесса, что резко ухудшает состояние пациента и неизбежно увеличивает объём вмешательства. Во время операции рассекают ткани над эпицентром гнойного очага, проводят полноценную ревизию гнойника, вскрывают затеки, производят по возможности радикальную некрэктомию. Образовавшуюся гнойную рану промывают раствором антисептика и дренируют её. На рану накладывают асептическую повязку и больного доставляют в палату.

В ближайшее время после операции контролируют состояние повязки. Обильное её промокание кровью свидетельствует о продолжающемся кровотечении. В этом случае выполняют немедленную ревизию раны и останавливают кровотечение.

Любое оперативное вмешательство сопровождается болью. В послеоперационном периоде целесообразно применение ненаркотических аналгетиков (анальгин).

Важным фактором, способствующим успешному заживлению раны, является **дренирование раны**. Предпочтение отдают способам, позволяющим активно аспирировать экссудат из раны. Среди них используют проточно-промывные системы, которые определяют специфические особенности ухода за больными. Следует помнить, что адекватная работа любой дренажной системы сопряжена с соблюдением двух условий. Во-первых, трубчатый дренаж хорошо функционирует лишь при постоянном его промывании какой-либо жидкостью, сохраняя тем самым его проходимость. В противном случае трубки закупориваются свертками крови, некротическими массами и подсыхающим гноем, и они прекращают выполнять свое предназначение. Во-вторых, для работы такой системы необходима ее герметизация, как физическое условие принудительного выведения экссудата из раны. Эти обстоятельства учитывают при осуществлении ухода.

Для промывания раны используют раствор антисептика или другую стерильную жидкость. При налаживании дренажной системы и в процессе ее функционирования соблюдают правила асептики. Емкость для сбора экссудата подвешивают к кровати, чтобы избежать случайного её опрокидывания, в том числе и во время уборки помещения. Дренажную трубку опускают в банку-сборник. Длину такого дренажа подбирают всякий раз индивидуально так, чтобы он не ограничивал движения больного. В течение суток и во время смены емкости измеряют количество отделяемого и результаты регистрируют в истории болезни.

**Уход за дренирующей системой** включает ежедневную смену повязки вокруг дренажа. Один раз в сутки все соединительные трубки и приспособления для аспирации промывают проточной водой, удаляя из просвета гной, желчь и другое содержимое. Затем дренажи помещают на 2-3 часа в раствор, состоящий из 1% перекиси водорода и 0,5% синтетического моющего средства. Снова промыв проточной водой, трубки и другие используемые средства кипятят в течение 30 минут.

При использовании в качестве дренажа перчаточной резины, марлевой салфетки, трубки с расчетом на пассивный отток отделяемого наложенная на рану повязка быстро промокает экссудатом, пачкая постельное белье. Нередко больные неопрятны, они касаются гноя руками, плохо их моют, загрязняют мебель и окружающие предметы, способствуя распространению микробов в помещении и за его пределы. Во избежание этого приходится подбинтовывать повязку или полностью менять ее 2-3 раза в сутки, безусловно, соблюдая все необходимые правила.

# **Особенности ухода за больными в отделениях реанимации и интенсивной терапии**

Работа всего медицинского персонала в отделениях реанимации является достаточно трудной и ответственной. Уход за реанимационными больными, а также за больными, находящимися в отделениях интенсивной терапии, включает все элементы общего и специального ухода (применительно к хирургическим, неврологическим, травматологическим и другим больным).

Для профилактики инфекционных осложнений в отделениях реанимации необходимо соблюдать ряд правил. Сотрудники должны 2 раза в год подвергаться обследованию на бациллоносительство и санироваться. Необходимо обеспечить хорошую вентиляцию палат. Целесообразно максимально ограничивать посещаемость отделения даже больничным персоналом. Следует обязательно надевать стерильные халаты, бахилы и защитные маски. Медперсонал должен обрабатывать раствором дезинфектантов руки перед каждым соприкосновением с больным. Необходимо ограничение контактов персонала отделения с сотрудниками других отделений больницы. Должна регулярно проводиться дезинфекция всего оборудования палат. После выведения больного из отделения следует осуществлять камерную дезинфекцию его постельных принадлежностей. Необходим постоянный бактериологический контроль воздуха помещений отделения. Большое внимание уделяется непрерывному наблюдению за больными, включая мониторное слежение за важнейшими физиологическими функциями (кровообращением, дыханием, мочеотделением), за состоянием катетеров, перфузионных систем, подключенных к больному аппаратов.

Специальный уход необходим за больными, которым осуществляется искусственная вентиляция легких через интубационную трубку или через трахеостому, т.к. без систематического (иногда через каждые 15-20 минут на протяжении нескольких суток) тщательнейшего туалета трахеобронхиального дерева развивается синдром трахеобронхиальной непроходимости и наступает асфиксия (удушение). Процедура удаления секрета из трахеобронхиального дерева проводится в стерильных перчатках. Применяют стерильный (лучше одноразового пользования) специальный угловой или прямой катетер, соединенный через тройник с вакуумным отсасывателем, при этом одно колено тройника оставляют открытым. Во время вдоха больного необходимо быстрым движением ввести катетер в интубационную или трахеостомическую трубку и продвинуть его через трахею и бронхи поочередно в правое и левое легкое до упора (предварительно повернув голову больного влево или вправо). После этого следует закрыть пальцем отверстие тройника, обеспечивая, таким образом, действие вакуумного отсасывтеля, и, вращая катетер, медленно извлечь его. Катетер промывают стерильным раствором или заменяют. Процедуру повторяют столько раз, сколько необходимо для полного удаления секрета и восстановления проходимости верхних дыхательных путей. Эффективность процедуры повышается, если одновременно проводить вибрационный массаж грудной клетки.

Для предупреждения пролежней, а также развития застоя в легких медперсонал каждые 2 часа должен изменять положение тела больного (как правило, в последовательности бок–спина–бок), протирать кожу дубящими веществами (камфарным спиртом, этиловым спиртом), подкладывать под костные выступы марлевые кольцевые прокладки, надутые воздухом резиновые круги. Для профилактики пролежней лучше всего использовать специальные противопролежневые матрасы или кровати.

Особое внимание обращают на то, чтобы больной находился в функционально выгодном положении. Наиболее частым является положение на спине. При этом, однако, надо помнить, что в случае недостаточного ухода это положение быстро может привести к развитию пролежней в области крестца, расстройству дыхания.

Больного в коматозном состоянии для обеспечения проходимости дыхательных путей необходимо укладывать в положении на боку, надежно фиксируя туловище путем сгибания ноги в коленном суставе. Верхнюю конечность укладывают на подушку или валик, подложенный под грудь. Зубные протезы удаляют. Для профилактики высыхания роговицы в глаза закапывают 2-3 раза в сутки по 2-3 капли вазелинового или персикового масла. Кожу тщательно протирают 1-2 раза в день, складки ее и опрелости присыпают тальком или детской присыпкой. Лицо протирают влажным полотенцем. Во избежание возникновения контрактур несколько раз в день производят пассивную гимнастику. Соблюдают строгую асептику при венепункции, катетеризации сосудов, мочевого пузыря, смене инфузионных систем и перевязках. Необходимо вести динамическое наблюдение за состоянием сознания больного.

Эффективность ухода во многом зависит от возможности применения в отделениях реанимации систем, шприцев, игл и катетеров одноразового употребления, от своевременной смены медицинскими работниками марлевых масок. Рекомендации врача по питанию больного, введению в организм жидкостей должны строго выполняться. Введение в сосудистое русло растворов производится после их подогрева до температуры, близкой к нормальной температуре человеческого тела.

При уходе за больными в отделениях реанимации определенное значение имеют и психологические моменты. Врачи, сестры и санитарки должны уметь проявлять сочувствие, поддерживать атмосферу усиленного внимания к больному, быть осторожным в разговорах о нем, чтобы последние не стали источником ятрогенных страданий.

Боль, страх, невозможность выполнения элементарных функций, беспомощность и беззащитность ставят больного в положение ребенка (явление, известное в психологии как регрессия личности). Персонал отделения должен глубоко чувствовать это состояние, в совершенстве владеть методом эмпатии (способность вживаться в положение больного) и всем своим поведением, мимикой, жестом вселять в больного надежду на исцеление.

Опыт показывает, что в отделении реанимации следует подбирать медицинских сестер со стажем работы в терапевтическом или хирургическом отделениях не менее 2-3 лет, получивших специальную подготовку, проявляющих интерес к интенсивной терапии и реанимации, способных выносить повышенную психологическую и физическую нагрузки.

1. **Рекомендуемая литература**:

Основная:

1. А.Ф.Дронов, А.И. Ленюшкин, В.В. Холостова. «Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями» 2013. Москва.: «Альянс». - издание 2-е, переработанное и дополненное, 220 с.
2. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие.-4-е издание, переработанное и доп.-М.: ГЭОТАР –Медиа, 2009.-416 с.
3. Общий уход за детьми [Электронный ресурс]: учебное пособие / Запруднов А.М., Григорьев К.И. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425886.html>