

И. О. ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА, О. П. ЧУДАКОВ, Т. Л. ШЕВЕЛА

**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ И ШЕИ**

Минск БГМУ 2016

УДК 617.52-052-083-054.6 (075.8)
ББК 56.6 я73
П64

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.10.2015 г., протокол № 2

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. С. В. Ивашенко; канд. мед. наук, доц. Н. В. Шаковец

Походенько-Чудакова, И. О.

П64 Уход за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. П. Чудаков, Т. Л. Шевела. – Минск : БГМУ, 2016. – 59 с.

ISBN 978-985-567-514-4.

Отражены основные принципы общего ухода за пациентами с челюстно-лицевыми патологиями. Содержатся практические рекомендации по подготовке пациентов к оперативному вмешательству и послеоперационному уходу, вопросы для тестового контроля конечного уровня знаний.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета, медицинского факультета иностранных учащихся, клинических ординаторов, аспирантов, магистрантов.

УДК 617.52-052-083-054.6 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-567-514-4

© Походенько-Чудакова И. О., Чудаков О. П., Шевела Т. Л., 2016
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2016

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Прием пациентов с травмами и воспалительными процессами челюстно-лицевой области является одним из важных моментов в работе стоматолога-хирурга. Однако успех лечения достаточно часто определяет не только и не столько оперативная техника, сколько качество ухода за пациентом. Несмотря на прогрессивный рост высокотехнологичных методов диагностики и лечения, в современной медицине актуальной остается проблема ранней реабилитации в связи с высоким риском послеоперационных осложнений, возникновение которых зависит как от правильности проведения операции, так и от эффективности послеоперационного ухода.

Основные должностные функции, связанные с уходом за пациентами, возложены на медицинских сестер и младший медицинский персонал. Тем не менее лечащий врач, на котором лежит ответственность за состояние пациента, обязан организовать уход за больным и контролировать правильность его осуществления и выполнения врачебных назначений. Он должен сам в совершенстве владеть всеми приемами ухода за пациентами, навыками выполнения лечебных и диагностических манипуляций, а также уметь обучить этому средний и младший медицинский персонал [18].

Становится очевидным, что уход за пациентами — это неотъемлемая часть лечебного процесса. Занятия по уходу за хирургическими пациентами являются одним из основополагающих элементов дидактики врачевания и базовой составляющей в подготовке высококвалифицированных врачебных кадров.

Цель занятия: ознакомить студентов с принципами и правилами предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

Задачи занятия:

- определить, в чем заключается уход за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи;
- изучить основные принципы и правила подготовки пациентов к хирургическим вмешательствам в челюстно-лицевой области и на шее;
- изучить основные принципы и правила наблюдения и ухода за пациентами после операций в челюстно-лицевой области и на шее;
- определить понятие «внутрибольничная инфекция» и изучить основные принципы ее профилактики.

Студенты должны научиться:

- составлять план предоперационной подготовки пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи;
- составлять план послеоперационного ухода за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи;
- личной гигиене медицинского персонала хирургического отделения;
- основным принципам профилактики внутрибольничной инфекции;

- соблюдению правил инфекционной безопасности при работе с биологическими материалами;
- основным правилам десмургии челюстно-лицевой области и шеи;
- формулировать практические рекомендации пациентам в пред- и послеоперационном периодах.

Требования к исходному уровню знаний. Для полноценного усвоения изучаемой темы необходимо повторить:

- из нормальной физиологии и патологической физиологии — физиологические функции органов челюстно-лицевой области и шеи и их патологические изменения;
- микробиологии — понятия «инфекция» и «вирулентность», основные представители микрофлоры полости рта;
- фармакологии — лекарственные средства и пути их введения в организм человека;
- пропедевтики внутренних болезней — принципы обследования пациента, основы клинической и параклинической диагностики, основные положения врачебной этики и деонтологии;
- общей хирургии — основные принципы обработки рук хирурга, операционного поля, базовые понятия десмургии и ухода за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Санитарно-эпидемиологический режим в хирургическом отделении.
2. Правила осмотра и обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.
3. Правила обработки рук хирурга.
4. Правила и принципы обработки и стерилизации хирургических инструментов и перевязочного материала.
5. Правила обработки операционного поля на поверхности кожных покровов головы, лица, шеи и в полости рта.
6. Определить понятие «десмургия».
7. Перечислить виды повязок.
8. Реабилитация пациентов после хирургического лечения.
9. Диспансеризация пациентов, прошедших хирургическое лечение.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «уход за пациентами».
2. Правила санитарного и эпидемиологического режима в отделении хирургического профиля.
3. Правила проведения ежедневных перевязок.
4. Порядок гигиенического ухода за полостью рта пациентов после операции в челюстно-лицевой области.
5. Виды послеоперационных повязок.

6. Послеоперационный уход за полостью рта у пациентов после удаления зуба, операций, сохраняющих зуб, и инвазивных манипуляций, выполняемых в полости рта.

7. Послеоперационный уход за полостью рта после проведения плановых амбулаторных операций.

8. Послеоперационный уход за полостью рта после проведения экстренных амбулаторных операций.

9. Особенности послеоперационного ухода за полостью рта после операции дентальной имплантации.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Уход за пациентом — это комплекс мероприятий, направленных на облегчение состояния пациента и способствующих его выздоровлению [2].

Правильный уход за пациентом включает:

- деонтологические аспекты;
- соблюдение санитарного и эпидемиологического режима;
- непосредственно уход за пациентом и выполнение назначений врача;
- наблюдение за изменениями показателей функций организма пациента;
- предупреждение развития возможных осложнений;
- реабилитацию пациентов после проведения хирургического вмешательства [8].

К элементам ухода относится также содержание в чистоте помещений стоматологических отделений (предоперационных, операционных, перевязочных и процедурных кабинетов, палат, коридоров и т. д.), своевременная смена белья, соблюдение гигиенических требований при организации питания больных, оказание помощи при проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи тяжелобольным пациентам.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Правильное общение с пациентом с обязательным соблюдением всех принципов деонтологии должно начинаться в учреждении здравоохранения с гардероба и регистратуры. Его цель — вызвать у пациента доверие к коллективу сотрудников учреждения здравоохранения.

Особую роль в психологической подготовке пациента к предстоящему оперативному вмешательству играет поведение врача. Любое инвазивное вмешательство, в том числе операция, которая осуществляется в полости рта (удаление зуба, резекция верхушки корня зуба и т. д.), настораживает, а иногда пугает пациента. Поэтому ему нужно терпеливо разъяснить необходимость поведения того или иного вмешательства, характер предстоящей операции, рассказать о возможностях и эффективности современных методов

местного и общего обезболивания. Лицам с лабильной нервной системой, испытывающим страх перед оперативным вмешательством, следует провести седативную подготовку: за 20 мин до операции принять 15–20 капель лекарственного средства Корвалол.

Уход за пациентом также предполагает определенные правила общения с ним. Следует помнить, что перед операцией пациенты с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи могут становиться возбудимыми, раздражительными, вспыльчивыми, капризными, а иногда, напротив, подавленными и безучастными. При осуществлении ухода за ними важно проявить максимум внимания, успокоить, поддержать морально, параллельно разъясняя необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных средств, терпеливо убедить в возможности улучшения состояния и выздоровления [26].

Особую осторожность следует соблюдать при разговоре с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями, тем более при неблагоприятном прогнозе. Также результаты обследования пациентов не следует сообщать по телефону.

Нарушение принципов деонтологии при общении с пациентами может привести к развитию у них ятрогенных заболеваний. К числу последних следует относить расстройства и болезни, пусковым механизмом которых явились неосторожные высказывания или неэтичные поступки медицинских работников, неблагоприятно воздействующие на психоэмоциональную сферу пациента. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных людей, относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги и страха, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания.

Предупреждению подобных ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательное соблюдение «психологической асептики», а с другой — разъяснительные (психотерапевтические) беседы с пациентами [19].

К деонтологическим аспектам ухода также следует отнести и необходимость строгого соблюдения «презюмции врачебной тайны». Медицинские работники подчас могут узнать сведения о пациенте, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать [6, 10].

СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНОГО И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Медицинский персонал всех рангов является основным объектом и субъектом клинической гигиены. Гигиена медперсонала — это строжайшее соблюдение работниками учреждений здравоохранения, особенно хирургического профиля, правил личной гигиены, направленное на предупреждение различных осложнений у пациентов в до- и послеоперационном периодах.

Микрофлора кожных покровов персонала, как правило, представлена: — микроорганизмами (естественная флора кожных покровов), находящимися на поверхности кожи и в ее глубине (в трещинах, криптах, волосяных мешочках, выводных протоках потовых и сальных желез), последние труднодоступны для воздействия дезинфицирующих средств и относятся чаще к непатогенным и только случайно вирулентным микроорганизмам;

— микроорганизмами, «чуждыми» для кожных покровов (транзиторная флора, случайные возбудители), которые появляются в результате контакта с окружающей средой и нередко являются патогенными [9].

Наиболее часто загрязнение кожных покровов рук персонала возбудителями внутрибольничной инфекции происходит при работе с пациентами с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Медперсонал может быть носителем инфекции, которая выделяется из организма пациентов через дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, мочеполовую систему и т. д.

Распространение внутрибольничной инфекции происходит двумя путями: воздушно-капельным и контактным. Основными переносчиками являются воздух, руки, многочисленные объекты внешней среды (белье, перевязочный материал, инструментарий, диагностическая и лечебная аппаратура, предметы ухода и т. д.) [17].

Целью соблюдения личной гигиены медперсонала является защита личной одежды и организма медицинских работников от внутрибольничной хирургической инфекции, что обеспечивает профилактику переноса инфекционных агентов пациенту, а также предупреждение заражения лиц, контактирующих с медперсоналом вне учреждений здравоохранения.

Основные требования к личной гигиене персонала в хирургическом отделении:

- тело должно быть чистым (необходим ежедневный душ);
- волосы на голове должны быть вымытыми, тщательно спрятанными под колпак или под косынку);
- из носа, глаз, ушей не должно быть никаких выделений, во рту и ротоглотке — очагов хронической одонтогенной и тонзиллогенной инфекции, на слизистых оболочках — эрозий, язв, воспалительных проявлений, на коже — высыпаний, ран, ссадин, инфекционно-воспалительных заболеваний (особенно на кожных покровах рук);
- ногти на руках и ногах должны быть коротко пострижены, покрытие их лаками не допускается [9].

Каждый сотрудник, поступающий на работу в отделение хирургического профиля, проходит полный медицинский осмотр с обязательным привлечением отоларинголога, стоматолога, у женщин — гинеколога. В обязательном порядке выполняется бактериологическое исследование мазков со слизистой носоглотки на наличие патогенного стафилококка. Весь медицинский персонал ставится на диспансерное наблюдение для своевременного выявления и санации очагов хронической одонтогенной и тонзиллогенной инфекции (особенно персонал операционного блока, палат, отделений ин-

тенсивной терапии и реанимации, послеоперационных палат). Один раз в квартал медперсонал обследуется на носительство патогенного стафилококка и при выявлении носителей проводится их санация. При обнаружении открытых воспалительных процессов или признаков недомогания у отдельных лиц, их отстраняют от работы до полного выздоровления. При возникновении внутрибольничных инфекций у пациентов проводится внеочередной медосмотр всего персонала отделения, а также внеочередное бактериологическое обследование на носительство [7, 17].

При принятии на работу обязательно проводится краткий инструктаж сотрудника по осуществлению санитарно-противоэпидемиологических мероприятий на определенном участке его трудовой деятельности.

К повязкам пациентов и коже вокруг ран следует прикасаться только в перчатках и инструментами. Персоналу, работающему с пациентами, не рекомендуется носить кольца и другие украшения, под которыми может находиться патогенная микрофлора. Так как руки персонала, прямо контактирующего с пациентом, могут стать переносчиками возбудителя от одного пациента к другому, необходимо проводить гигиеническую дезинфекцию рук до и после контакта с больным, его кроватью, повязкой, вещами. Принцип процедуры состоит в том, чтобы руки сначала дезинфицировать, а затем ополаскивать и мыть с мылом. После осмотра пациента, исследования ран и смены повязок персонал моет руки теплой водой с мылом в течение 2 мин. Для этого используют жидкое мыло в дозаторе. После осмотра пациента с инфекционно-воспалительным заболеванием персонал обеззараживает руки растворами бактерицидных препаратов (80%-ный этиловый спирт, 0,5%-ный водный раствор хлоргексидина биглюконата в 70%-ном этиловом спирте, 0,5 % раствор хлорамина и т. д.), которые готовят в аптеке, а емкости с ними хранятся в перевязочной. Препарат наносят на ладонные поверхности кистей в объеме 5–8 мл и втирают его в кожу в течение 2 мин. Для каждого представителя медицинского персонала выделяют индивидуальное полотенце и меняют его не реже 1 раза в сутки или используют одноразовые бумажные полотенца.

Белье и одежда персонала должны быть хлопчатобумажными и полностью покрыты халатом. Категорически запрещается входить в перевязочную и операционную в шерстяной одежде, даже если она полностью покрыта халатом.

В хирургическом стационаре персонал в обязательном порядке обязан носить сменную обувь. Обувь должна быть без зияний и отверстий, с гладким верхом из нетканых материалов, поддающихся гигиенической обработке и дезинфекции. Медицинские халаты и колпаки желателно менять ежедневно. Еще более правильным считается ношение стерильной медицинской одежды с ее ежедневной сменой. Для персонала должны быть предусмотрены помещения для переодевания (отдельный шкафчик для каждого сотрудника), место для заполнения медицинской документации, приема пищи и отдыха, которые должны содержаться в строгом соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями.

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Уход за пациентом принято подразделять на общий и специальный.

Общий уход включает мероприятия, которые проводятся независимо от характера заболевания.

Специальный уход предусматривает дополнительные мероприятия, проводимые с учетом особенностей заболеваний, их локализации и области оперативного вмешательства (при проведении последнего) [28].

В зависимости от заболевания и применяемых методов лечения принято определять *активное* или *пассивное* положение пациента. При его удовлетворительном состоянии определяют активное положение, когда пациент может легко и свободно передвигаться. В той ситуации, когда активные движения для пациента невозможны или противопоказаны, речь следует вести о его пассивном положении. Следует подчеркнуть, что при некоторых заболеваниях отмечают *вынужденное* положение пациента, являющееся одним из симптомов или составной частью симптомокомплекса болезни [18]. В соответствии с положением пациента определяют следующие режимы:

- строгий постельный режим, когда пациенту не разрешается даже поворачиваться в постели;
- постельный режим, когда пациенту не разрешается покидать постель;
- полупостельный режим, когда пациенту разрешается вставать с постели на короткое время;
- общий режим — без ограничений двигательной активности пациента [2].

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В полости рта существуют благоприятные условия для развития и жизнедеятельности микроорганизмов. Зубы, пораженные кариесом и его осложнениями, заболевания периодонта представляют собой очаги хронической одонтогенной инфекции и могут быть причиной инфицирования послеоперационных ран, локализованных в полости рта.

Пациенты ежедневно утром и вечером должны чистить зубы и осуществлять полоскание полости рта слабым раствором антисептика.

Для полоскания полости рта назначают:

- 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина биглюконата;
- 0,01%-ный раствор лекарственного средства Мирамистин или Септомирин;
- 0,1%-ный раствор марганцовокислого калия (бледно-розовый);
- раствор 3%-ной перекиси водорода;
- настои трав (ромашки, шалфея и т. д.).

ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В послеоперационном периоде рекомендуется использовать мягкие зубные щетки для предотвращения дополнительной травмы слизистой оболочки полости рта в области послеоперационной раны и швов. После чистки зубов щетку следует промыть с мылом и разместить в специально отведенном для нее стакане щетиной вверх. Не рекомендуется хранить влажную зубную щетку в закрытом футляре, который предназначен для ее транспортировки. Щетку рекомендуют заменять на новую по мере износа ее щетинок. Износ щетки определяется визуально и индивидуально. Основным показателем износа — разошедшиеся (растрепанные) волокна щетинок, что обязательно приводит к снижению эффективности очистки зубов. Некоторые производители окрашивают часть щетинок, и по мере исчезновения красителя делается заключение о необходимости замены зубной щетки. В среднем срок службы зубной щетки составляет 3–4 месяца [13]. Многочисленными исследованиями доказано, что по истечении указанного срока щетка пропитывается остатками пищи, слизи, зубного налета, в связи с чем накапливает значительное количество микроорганизмов и из категории «средства гигиены» переходит в категорию «биологическое оружие», поэтому должна быть утилизирована и заменена на новую [3]. После операции следует очищать зубы только вновь приобретенной мягкой щеткой [27]. Перед первым применением зубную щетку необходимо тщательно вымыть теплой водой с мылом, промыть и просушить [30].

Тяжелобольным необходимо после каждого приема пищи помогать очищать полость рта. Обработка зубов и языка производится с помощью пинцета и марлевого шарика, смоченного раствором антисептика. После обработки зубов пациент прополаскивает рот кипяченой водой. При высыхании губ и появлении трещин их необходимо смазывать препаратами, обладающими кератопластическим эффектом (масляный раствор витамина А, масло облепихи и т. п.).

Необходимо уделять должное внимание очистке носовых ходов пациента. Скопившееся в них слизистое отделяемое высыхает, что приводит к образованию корок и затрудняет дыхание. Для удаления корок необходимо смочить ватную палочку вазелиновым маслом, осторожно ввести ее в носовой ход и произвести несколько вращательных движений по часовой стрелке. Для каждого носового хода следует использовать новую ватную палочку.

Особого внимания требует уход за глазами пациентов. В уголках глаз скапливается отделяемое, поэтому глаза необходимо промывать стерильным марлевым тампоном, смоченным физиологическим раствором или кипяченой водой. При этом тампон необходимо осторожно продвигать от наружного угла глаза к внутреннему.

Пациенты, длительное время находящиеся в постели, нуждаются в постоянном уходе за волосами на голове. Таким пациентам, если это позволяет их состояние, голову следует мыть в палате. Лицам, которым разрешается вставать, моют голову раз в неделю во время принятия ими гигиенической ванны [8].

Диета определяет режим питания как здорового, так и больного человека (количество пищи и время ее приема). В основе диетотерапии лежит использование питания с лечебной целью, принимая во внимание характер заболевания. Лечебные диеты базируются на качественных и количественных различиях питательных веществ, а также способах приготовления пищи [5].

Если пациент с заболеванием челюстно-лицевой области не может самостоятельно принимать пищу или ее поступление естественным путем затруднено, следует применять искусственное питание. Одним из вариантов искусственного питания является энтеральное, или зондовое, питание, когда зонд вводится в желудок через рот или нижний носовой ход. Кроме зондового существует парентеральное питание, то есть внутривенное введение различных питательных веществ, а также смешанный вариант — энтерально-парентеральное питание.

Энтеральное питание следует назначать пациентам после тяжелых травм, обширных оперативных вмешательств, при новообразованиях, локализованных в челюстно-лицевой области и затрудняющих функцию приема пищи. С этой целью используют специальные зонды, имеющие на конце оливы, которые облегчают контроль за их расположением. В качестве зондов могут выступать мягкие пластмассовые, резиновые, силиконовые трубки диаметром 3–5 мм. Для питания применяют различные смеси, содержащие бульоны, сырые яйца, молоко, масло, соки, детские пищевые смеси. Энтеральное питание дает возможность восполнить энергетические потребности в количестве 2500–3000 ккал в сутки [14, 29].

Парентеральное питание необходимо начинать с препаратов, обладающих высокой энергетической способностью и быстро включающихся в обмен веществ. Наилучшим средством энергетического обеспечения является глюкоза, что объясняется большой потребностью в ней организма и ее хорошей утилизацией. Наиболее часто для этой цели используют 10 или 20%-ный раствор глюкозы с инсулином [11, 12].

В условиях белкового голодания ведущее место в парентеральном питании отводится белковым препаратам, которые являются источником незаменимых для организма человека аминокислот и азота. К таким средствам относятся: аминокислоты, плазму, протеин, альбумин и ряд других отечественных и зарубежных препаратов. Для усиления эффекта парентерального питания у отдельных пациентов внутримышечно вводят анаболические гормоны — Ретаболил или Нероболл (по 50 мг 1 раз в неделю). Важная роль в данном виде питания отводится витаминам, особенно группы В и аскорбиновой кислоте, которые являются катализаторами окислительно-восстановительных процессов.

Энтерально-парентеральное питание применяется у пациентов, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Этот вид питания также должен обеспечить пациенту не менее 3000 ккал в сутки [5].

УХОД ЗА ЛИХОРАДЯЩИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Измерение температуры тела именуется термометрией и осуществляется при помощи медицинских термометров (ртутных или электронных).

При измерении температуры следует помнить, что поддержание температуры тела человека в пределах нормы обеспечивается комплексом сложных процессов терморегуляции, имеющих периферические центры (кожные покровы, кровеносные сосуды) и центральные — гипоталамус.

Температура тела человека в норме при измерении ее в подмышечной впадине варьирует в пределах 36,4–36,8 °С. Максимальное летальное значение температуры тела человека составляет 43 °С, при этом происходят тяжелые структурные повреждения клеток и наступают необратимые нарушения обмена веществ. Минимальная летальная температура тела человека варьирует в пределах от 15 до 23 °С. В то же время возможны физиологические колебания температуры тела. Например, нормальные значения температуры, измеренной в прямой кишке, влагалище, паховой складке (базальная температура) будут на 0,2–0,4 °С выше по отношению к температуре, определенной в подмышечной впадине. Температура тела у пожилых людей оказывается несколько сниженной. У женщины данный показатель будет определяться еще и фазами менструального цикла (в период овуляции температура тела повышается на 0,6–0,8 °С).

Практически у всех людей отмечаются суточные колебания показателя, находящиеся в пределах 0,1–0,6 °С. При этом максимальная температура, как правило, определяется во второй половине дня — в интервале 17–21 час, а минимальная — в утренние часы в интервале 3–6 часов. Выявлены и сезонные изменения температуры тела человека. Так, в летний период она на 0,1–0,5 °С выше по сравнению с зимним. Повышение температурного показателя может отмечаться после приема пищи, при интенсивной физической и психо-эмоциональной нагрузке [1].

Температуру тела, как правило, измеряют в подмышечной впадине, которую перед этим протирают насухо полотенцем или салфеткой. При несоблюдении данного условия значения показателя могут оказаться заниженными. При измерении температуры пациенту необходимо плотно прижимать плечо к грудной клетке. Тяжелобольным и ослабленным пациентам следует помогать удерживать руку в правильном для процедуры положении. В тех ситуациях, когда температурный показатель измеряется в полости рта, чувствительный шуп термометра необходимо помещать под язык.

Продолжительность процедуры термометрии должна равняться 3–5 мин. Измерение температуры следует проводить дважды в день — утром (с 6 до 8 часов) и вечером (с 17 до 19 часов). У лихорадящих пациентов возникает необходимость в более частом измерении температуры — через каждые 2–3 ч.

Результаты измерений регистрируются в температурных листах. Температурный лист представляет собой график, в котором по оси абсцисс от-

мечаются дни (причем в каждый день предусмотрено двукратное измерение температуры тела), по оси ординат — показатели температуры (температурная сетка, каждое деление которой равно 0,2 °С). Полученные точки при регистрации результатов исследования температурного показателя соединяют между собой, в результате чего образуются температурные кривые, которые при наличии лихорадки отражают тот или иной ее тип.

После завершения процедуры измерения температуры термометры следует протереть дезинфицирующим раствором и поместить для хранения в специальный стеклянный контейнер или стакан, дно которого покрывают слоем ваты и заполняют на $\frac{1}{3}$ объема дезинфицирующим раствором.

Лихорадка — это повышение температуры тела, связанное с образованием в организме пациента пирогенов — специфических веществ, способных изменять функциональную активность центров терморегуляции.

Лихорадку следует рассматривать как адаптивную реакцию организма человека, призванную стимулировать необходимые обменные процессы и облегчать борьбу с проникшими в организм бактериями и вирусами. Чаще она подчиняется суточному ритму колебаний температурного показателя, когда более высокие значения температуры отмечаются в вечерние часы, а более низкие — в утренние. При этом необходимо помнить, что при высоких температурных значениях в пожилом возрасте пациента, наличии у него сопутствующей патологии лихорадка способна оказывать крайне неблагоприятное влияние на течение заболевания, его прогноз и исход. В этой связи каждая конкретная клиническая ситуация требует индивидуального и дифференцированного подхода, что определяет и сам принцип врачевания.

Лихорадку принято систематизировать следующим образом:

1. По степени повышения различают температуру:
 - субфебрильную (при повышении температуры не выше 38 °С);
 - умеренную (при повышении температуры в пределах 38–39 °С);
 - высокую (при значениях температурного показателя в пределах 39–41 °С);
 - чрезмерную, или гиперпиретическую (при значениях температуры выше 41 °С).
2. По длительности течения лихорадка может быть:
 - мимолетной (продолжающейся несколько часов);
 - острой (продолжающейся до 15 суток);
 - подострой (продолжающейся от 15 до 45 суток);
 - хронической (продолжающейся более 45 суток).
3. По характеру течения лихорадки различают следующие ее типы:
 - постоянная (febris continua) — характеризуется тем, что суточные изменения температуры при ней не превышают 1 °С (рис. 1, а);

– ремитирующая, или послабляющая (*febris remittens*) — характеризуется тем, что суточные изменения температуры превышают 1 °С, причем периоды нормальной температуры, например утром, отсутствуют (рис. 1, б);

– перемежающаяся (*febris intermittens*) — характеризуется суточными колебаниями температуры, превышающими 1 °С, но при этом в утренние часы отмечается снижение температуры до нормальных значений (рис. 1, в);

– гектическая, или истощающая (*febris hectica*) — характеризуется резким подъемом и резким спадом температуры до значений нормы при суточных изменениях, достигающих 4–5 °С, что наиболее часто отмечается при септических состояниях (рис. 1, г);

– извращенная (*febris inversa*) — характеризуется сменой обычного суточного ритма температурного показателя, происходящей таким образом, что более высокие значения температуры регистрируются в утренние часы, а более низкие — в вечернее время (рис. 1, д);

– неправильная (*febris atypica*) — характеризуется отсутствием закономерности колебания температурных значений в течение суток (рис. 1, е).

4. По скорости снижения температурного показателя различают падение температуры (рис. 2):

– критическое;

– литическое.

Уход за лихорадящими пациентами, как правило, определяется стадиями лихорадочного периода.

Первая стадия (*stadium incrementi*) характеризуется нарастанием температуры. На данном этапе теплопродукция в значительной мере преобладает над теплоотдачей (сосуды кожи суживаются, потоотделение уменьшается). Клинически это проявляется ознобом, мышечной дрожью и появлением тянущих болей в мышцах, общим недомоганием, головной болью, у отдельных пациентов могут наблюдаться побледнение и цианоз конечностей. Помощь пациенту заключается в том, что его необходимо согреть — уложить в постель, укрыть дополнительным одеялом, напоить горячим чаем, решить вопрос о медикаментозной терапии, а после внимательно следить за состоянием его органов и систем.

Вторая стадия лихорадочного периода (*stadium fastigii*) — это относительно устойчивое сохранение высоких значений температуры. Процессы теплопродукции и теплоотдачи находятся в равновесии. Клинически это проявляется тем, что с прекращением подъема температуры ослабевают озноб и мышечная дрожь, уменьшается и полностью нивелируется спазм сосудов кожи, а бледность кожных покровов сменяется гиперемией. Пациент, как правило, предъявляет жалобы на общую слабость, головную боль, чувство жара, сухость в полости рта.

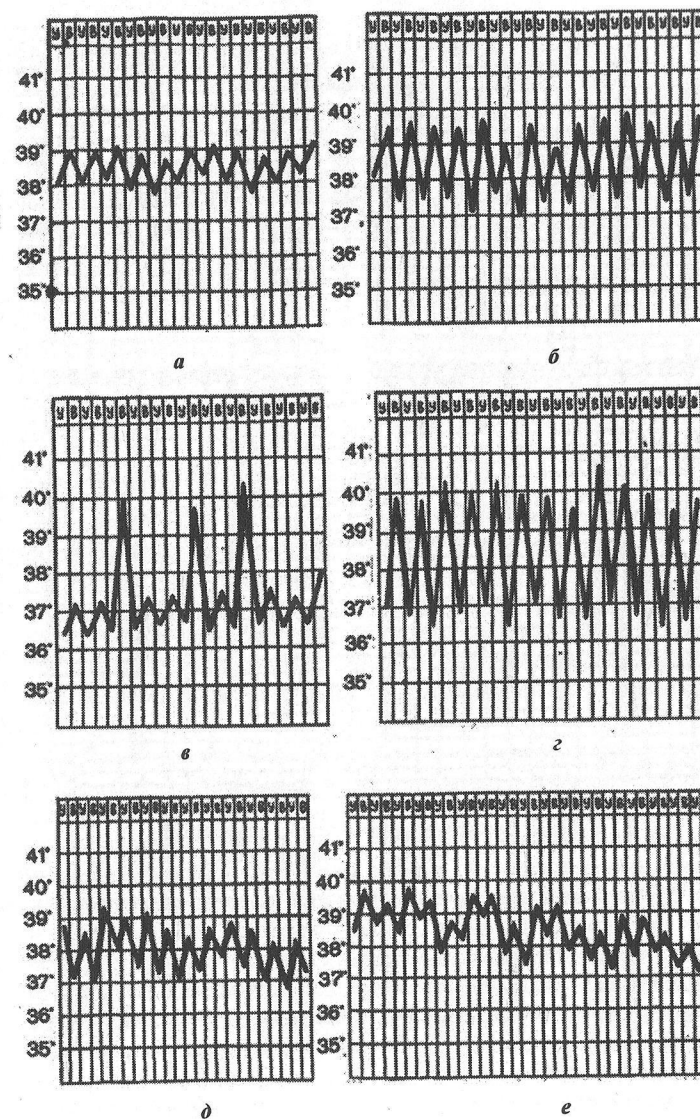


Рис. 1. Температурные кривые при лихорадке: а — постоянной; б — ремитирующей (послабляющей); в — перемежающейся; г — гектической (истощающей); д — извращенной; е — неправильной

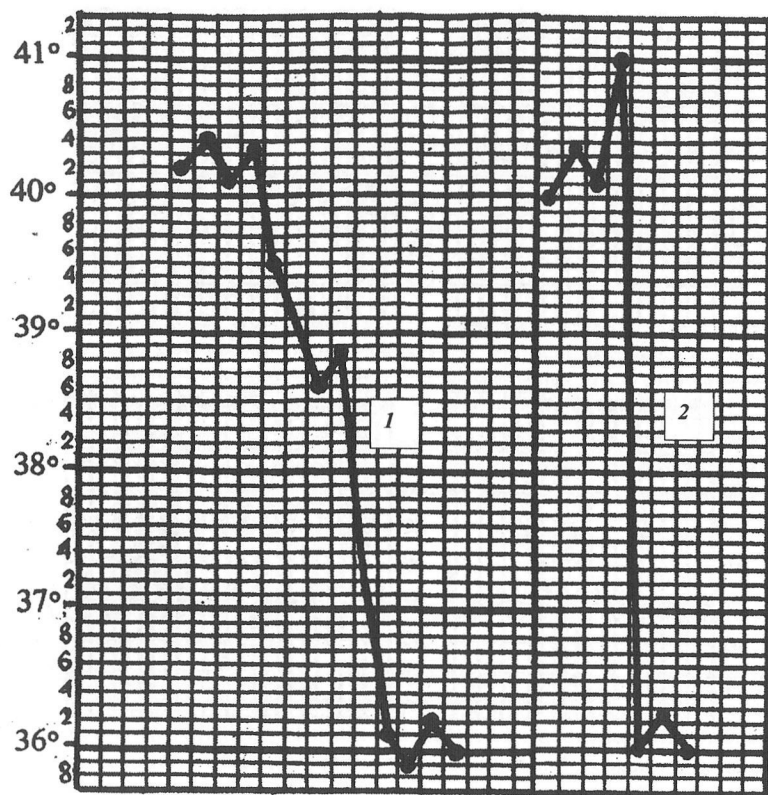


Рис. 2. Снижения температурного показателя:
1 — литическое; 2 — критическое

Следует помнить, что при второй стадии лихорадочного периода могут развиваться нарушения:

- со стороны сердечно-сосудистой системы — тахикардия, тахипноэ, артериальная гипотония. При этом не надо забывать, что состояние сердечно-сосудистой системы, особенно у пожилых людей, во многом определяет прогноз заболевания, поэтому всегда важным является вопрос своевременности назначения соответствующих лекарственных средств (например, сердечных гликозидов);

- со стороны центральной нервной системы — головные боли, бессонница и т. д. При сильной головной боли на лоб пациента можно положить холодный компресс (например, через полотенце наложить пузырь со льдом). На пике лихорадки у отдельных пациентов могут отмечаться бред и галлюцинации. В подобных ситуациях следует постоянно следить за состоянием пациента, вплоть до установления индивидуального поста медицинской сестры.

При невыясненной причине лихорадки лекарственные средства не применяют до установления этой причины. Однако в ситуации, когда лихорадка сопровождается бредом, судорогами, сочетается с дегидратацией и способствует развитию сердечной недостаточности, а также тяжело переносится пациентом, рекомендуется применять жаропонижающие средства.

Для лихорадящих пациентов необходимым является тщательный уход за полостью рта, смазывание трещин, появляющихся на губах и в углах рта кератопластическими средствами (масляным раствором витамина А). Необходимо учитывать, что у лихорадящих пациентов отсутствует аппетит, поэтому им целесообразно назначать частое дробное питание, стараясь использовать для приема пищи периоды снижения температуры. Учитывая, что при лихорадке присутствуют явления общей интоксикации, то при отсутствии противопоказаний следует рекомендовать обильное питье (частое, небольшими глотками) — морс, минеральную воду без газа, компот, соки. При запорах, которые могут возникать вследствие вынужденного пребывания пациента в постели и приема легко усвояемой пищи, следует своевременно назначать слабительные средства и очистительную клизму. При длительном пребывании пациента в постели ему в обязательном порядке необходимо проводить профилактику пролежней.

Третья стадия лихорадочного периода (*stadiumdecrementi*) — стадия снижения температуры, характеризующаяся преобладанием теплоотдачи над теплопродукцией, что обусловлено расширением периферических кровеносных сосудов и значительным увеличением потоотделения.

Медленное снижение температуры, происходящее в течение нескольких дней, называют *лизисом*, а быстрое (в течение 5–8 ч) снижение с 39–40 °С до субфебрильных значений или нормального показателя именуют *кризисом* (рис. 2). При этом необходимо помнить, что в результате перестройки механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы кризис может проявляться в клинике коллаптоидным состоянием — острой сосудистой недостаточностью, характеризующейся резкой слабостью, обильным потоотделением, бледностью и цианозом кожных покровов, падением артериального давления, учащением пульса и снижением его наполнения вплоть до нитевидного. Критическое падение температуры тела требует от медицинского персонала введения лекарственных средств, оказывающих стимулирующее действие на дыхательный и сосудодвигательный центры (кордиамин, кофеин), а также препаратов, способствующих усилению сердечных сокращений и повышению артериального давления (адреналин, норадrenalин, мезатон, сердечные гликозиды, кортикостероиды). При этом пациента необходимо согреть (укрыть дополнительным одеялом, напоить крепким чаем или кофе) и своевременно заменить нательное и постельное белье.

Строгое соблюдение всех перечисленных выше правил по уходу за лихорадящими пациентами позволяет предотвратить развитие тяжелых осложнений, позитивно отражается на прогнозе заболевания, выздоровлении и способствует сокращению общих сроков лечения.

УД. К. 9838

ДЕСМУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

В современном представлении повязки предназначены для оказания медицинской помощи и лечения при повреждении мягких тканей, защиты от вторичного инфицирования, в целях иммобилизации, удержания лекарственных веществ. Следует помнить, что, кроме осуществления лечебно-профилактических функций, правильно наложенная повязка оказывает положительное психологическое воздействие на пациента, так как после наложения вызывает чувство облегчения и успокоения, устраняет зрительное восприятие очага повреждения или заболевания.

Повязка — это способ фиксации перевязочного материала или иммобилизации пораженного участка (области) организма пациента. Под перевязкой, как правило, понимают смену повязки.

Повязки принято классифицировать следующим образом:

1. По назначению:

— защитные, которые предназначены для предупреждения вторичного инфицирования раны и защиты от неблагоприятного воздействия факторов внешней среды;

— лечебные (медикаментозные) — удерживающие лекарственные вещества на пораженных участках тела;

— давящие — создающие постоянное давление на какой-либо участок тела;

— окклюзионные (герметические) — препятствующие сообщению полости тела с атмосферным воздухом;

— иммобилизирующие — обездвиживающие определенный сегмент тела;

— вытягивающие (экстензионные) — создающие постоянное вытяжение какой-либо части тела в необходимом направлении;

— корригирующие — исправляющие неправильное положение какой-либо части тела.

2. По способу фиксации:

— клеевые;

— пластырные;

— бинтовые;

— косыночные;

— контурные;

— трубчатые.

3. По виду:

— мягкие — накладываемые с применением марлевых, эластичных, сетчато-трубчатых бинтов и различных хлопчатобумажных тканей;

— жесткие — накладываемые с использованием твердых и быстро твердеющих материалов [21].

Клеевые повязки — экономичные и быстро накладываемые повязки на ограниченные участки тела с использованием клеола или коллодия. Клеол может быть приготовлен из 40 г измельченной канифоли, 2 мл подсолнечного масла, 33 мл 96%-ного этилового спирта, 25 мл этилового эфира. Кожные покровы по периметру очага поражения, покрытого марлевой салфеткой, обрабатывают смесью указанных ингредиентов, после чего на нее наносится однослойная марля или бинт. Затем повязку подсушивают в течение 1–2 мин. Излишки марли обрезают при помощи ножниц (рис. 3). После снятия повязки необходимо обработать заклеенные места раствором бензина или эфира.

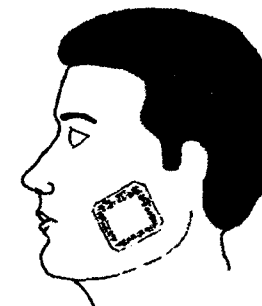


Рис. 3. Схема наложения клеоловой клеевой повязки в околоушно-жевательной области

Коллодий в клинической практике используют значительно реже из-за стягивания кожных покровов и их раздражения. Для приготовления коллодия необходимо смешать 4 г коллоксилина, 20 мл 96%-ного этилового спирта и 76 мл этилового эфира.

Одним из наиболее простых видов повязки является **пластырная повязка**, когда перевязочный материал на ране удерживается полосками лейкопластыря. В настоящее время пластыри выпускают в виде катушек или стерильных полосок с марлевой вставкой. Они используются для наложения повязок на ограниченных участках тела. Перед наложением пластырной повязки рекомендуется сбрить волосы и обезжирить кожу при помощи этилового спирта. Полоски пластыря с краев наложенного на рану перевязочного материала переходят на кожу и плотно приклеиваются к ней, фиксируя повязку. Обычно применяют несколько полосок лейкопластыря, располагающихся параллельно друг другу. Расстояние между полосками пластыря определяется площадью накладываемой повязки (рис. 4). Полосы лейкопластыря могут размещаться кресто- или звездообразно.



Рис. 4. Повязки с лейкопластырной фиксацией:

а — в щечной области с использованием узких полосок лейкопластыря; б — в области угла нижней челюсти с использованием широкого пластыря

К отрицательным моментам повязки с лейкопластырной фиксацией относятся:

- появление раздражения кожи и ее мацерация в местах фиксации пластыря, особенно при частых сменах повязок;
- невозможность применения ее на волосистой части головы;
- отклеивание повязки при пропитывании экссудатом, кровью или другими биологическими жидкостями.

Нередко данный вид повязки используют для сближения краев гранулирующих ран.

Снимают пластырную повязку постепенно, предварительно обильно смочив ее края антисептиком.

Следует отметить, что клеевые и лейкопластырные повязки являются наиболее приемлемыми для областей шеи, так как наложение бинтовых повязок на данную область является весьма сложной манипуляцией, требующей определенного опыта. Кроме того, наложение бинтовых повязок на шею сопряжено со значительным расходом перевязочного материала.

Мягие бинтовые повязки накладываются при помощи бинта (марлевого, матерчатого, эластичного), находящегося в скатке. Принято выделять несколько стандартных размеров бинта:

- широкий (ширина составляет 10–14 см);
- средний (ширина — 6–8 см);
- узкий (ширина — 4–6 см).

Наиболее подходящим для наложения повязки на голову, челюстно-лицевую область и шею является бинт среднего размера.

Приступая к бинтованию, необходимо позаботиться о том, чтобы пациент находился в удобном для него положении, а та часть тела, которая бинтуется, была доступна со всех сторон. Бинтуемую часть тела закрепляют повязкой в таком положении, какое в функциональном отношении является наиболее удобным, особенно если повязки накладываются на длительный срок. Очень важно, чтобы повязка как в процессе наложения, так и при ее использовании не причиняла пациенту боль, дискомфорт.

Бинтование следует начинать с периферии, продвигаясь к поврежденной области.

Большинство бинтовых повязок накладывается слева направо, в связи с чем свободный конец бинта берут в левую руку, а скатку — в правую (рис. 5). Исключение составляет повязка на правый глаз, где туры бинта укладываются справа налево.

Бинт накладывают с умеренным, равномерным натяжением. Он должен накладываться гладко, его края не должны отставать и образовывать «карманы». Рука бинтующего следует за ходом бинта, а не наоборот. Направление витков должно быть единым во всех слоях повязки, его изменение может привести к смещению части повязки или к образованию скла-

док, что негативно сказывается на фиксации повязки и выполняемых ею функциях, а, следовательно, снижает ее качество.

Каждый оборот бинта должен перекрывать предыдущий на $\frac{1}{2}$ или $\frac{2}{3}$ ширины. Для закрепления повязки после окончания бинтования конец бинта надрывают или надрезают ножницами в продольном направлении; оба конца перекрещивают друг с другом и завязывают. Обращаем внимание на то, что образующийся узел не должен располагаться над раневой поверхностью. Иногда конец бинта подгибают за последний круговой ход или закалывают на конце булавкой. Однако наиболее правильно осуществлять фиксацию конца бинта с помощью лейкопластыря.

Наложение бинтовой повязки предусматривает три этапа:

- фиксация начальной части бинта (первый тур бинта — фиксирующий, закрепляет его на бинтуемой поверхности) (рис. 6);
- наложение собственно повязки;
- закрепление повязки.

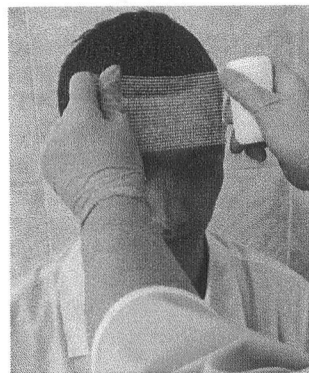


Рис. 5. Начало бинтования

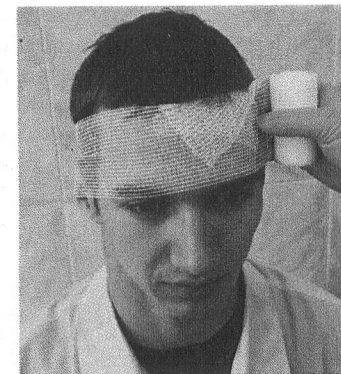


Рис. 6. Наложение первого (фиксирующего) тура бинта

Снимать повязку следует, предварительно разрезав ее и начиная с противоположной стороны или дистального участка по отношению к поврежденной зоне (раневой поверхности). Снимать бинтовую повязку также можно разматывая бинт, собирая последний в «ком», переходящий из одной руки в другую на близком расстоянии от пациента и зоны повязки.

Бинтовая повязка подлежит немедленной замене:

- при ее сползании;
- появлении под ней болей;
- обильном промокании кровью и/или экссудатом;
- появлении отека или цианоза в дистальных по отношению к повязке участках.

В десмургии принято выделять 7 видов классических бинтовых повязок:

- циркулярная — каждый последующий тур бинта полностью перекрывает предыдущий;
- спиральная — каждый последующий тур бинта перекрывает предыдущий на $\frac{1}{2}$ ширины;
- ползущая — туры бинта не перекрываются. Как правило, данный вид повязки используется для укрепления большого числа салфеток, смоченных лекарственными средствами, например, при лечении ожогов;
- крестообразная — призвана обеспечивать более надежную иммобилизацию;
- возвращающаяся — накладывают на культю, дистальные участки конечностей, промежность;
- черепаши (сходящаяся и расходящаяся) — накладывают на суставы;
- колосовидная — накладывают на суставы, пальцы, когда не требуется иммобилизация последних, так как повязка накладывается «рыхло».

Частные варианты повязок, накладываемых на отдельные области тела, представляют собой различные сочетания указанных выше вариантов.

Неаполитанская повязка накладывается на ухо и сосцевидный отросток (рис. 7). Бинт закрепляют двумя горизонтальными круговыми турами вокруг головы. Далее по области лба направляют его вниз на ухо и захватывают сосцевидный отросток. При завершении бинтования повязку закрепляют круговым туром.

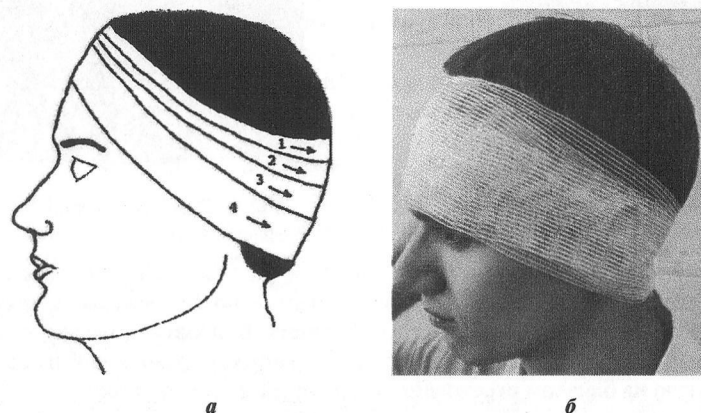


Рис. 7. Повязка на ухо и сосцевидный отросток (неаполитанская):
а — схема наложения; б — внешний вид

Крестообразная повязка накладывается на затылочную и теменную области (рис. 8). Закрепляющие туры выполняют вокруг головы через область лба. Третий тур за левым ухом направляют косо вниз на затылок, после чего, обходя шею спереди, четвертый тур направляют косо вверх и, обведя его через лоб, вновь возвращаем на затылочную область.

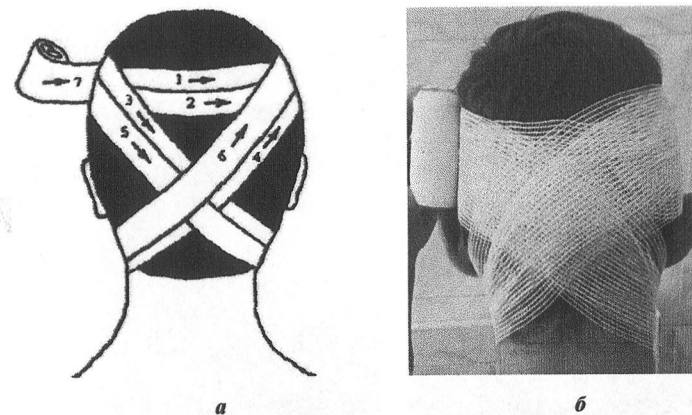


Рис. 8. Повязка на затылочную и теменную области (крестообразная):
а — схема наложения; б — внешний вид

Если есть необходимость, то крестообразная повязка может быть дополнена круговыми турами бинта вокруг шеи и головы, и тогда она будет именоваться *восьмиобразной*.

При наложении *повязки на правый глаз* после горизонтальных фиксирующих туров бинт по затылочной области направляют под правое ухо и ведут косо вверх по правой щеке, закрывая пораженный глаз (рис. 9). Затем, после закрепления круговым туром, повторяем все ходы бинта, несколько накладывая их друг на друга до полного закрытия глаза.

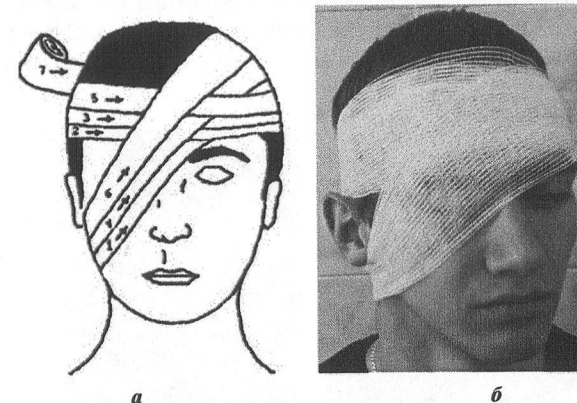


Рис. 9. Повязка на правый глаз:
а — схема наложения; б — внешний вид

Повязка на левый глаз, как правило, накладывается слева направо, чередуя туры таким же образом, как и при повязке на правый глаз (рис. 10).

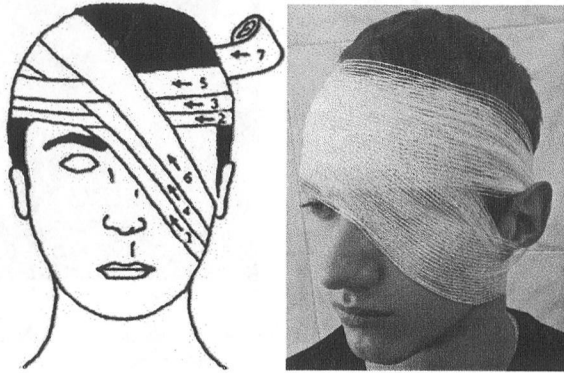


Рис. 10. Повязка на левый глаз
а — схема наложения; б — внешний вид

Повязка на оба глаза — бинтование начинают с двух горизонтальных фиксирующих туров, после чего бинт в области лба направляют косо вниз под левую ушную раковину (рис. 11). Далее бинт идет на затылок и по правой щеке поднимается косо вверх, закрывая правую глазницу. Затем следует закрепляющий циркулярный тур бинта и повторение его ходов, несколько накладывая слои друг на друга до полного закрытия глаз. Следует обратить внимание на то, что при наложении этой повязки туры бинта не накладываются на ушные раковины.

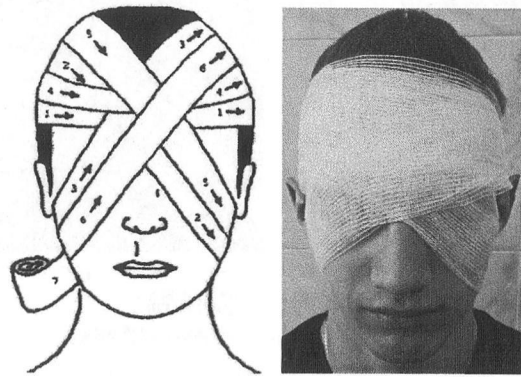


Рис. 11. Повязка на оба глаза:
а — схема наложения; б — внешний вид

Повязка «чепец» накладывается при помощи ассистента или самого пациента (если позволяет его общее состояние), который натягивает за концы полоску бинта, перекинутую через свод черепа, — завязку. После наложения на завязку фиксирующего тура бинта все следующие туры выполняются до завязки, обводятся вокруг нее и только затем продолжают (рис. 12, а, б). Каждый последующий тур бинта перекрывает предыдущий на $\frac{1}{2}$, постепенно накрывая весь свод черепа.

После закрепления повязки круговым туром концы завязки связываются под нижней челюстью (рис. 12, в, г).

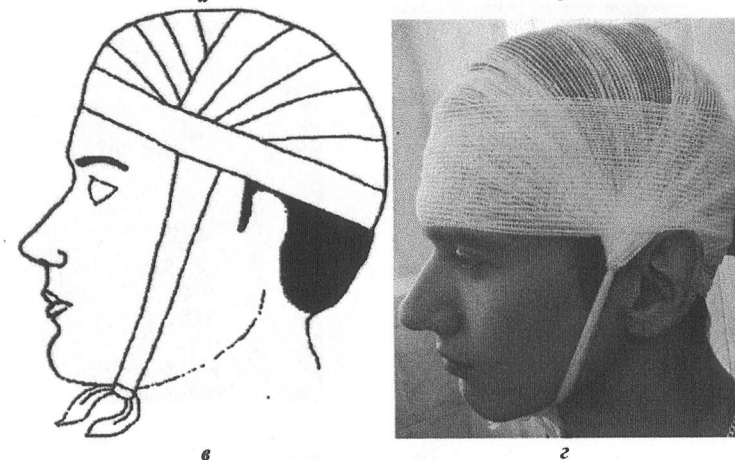
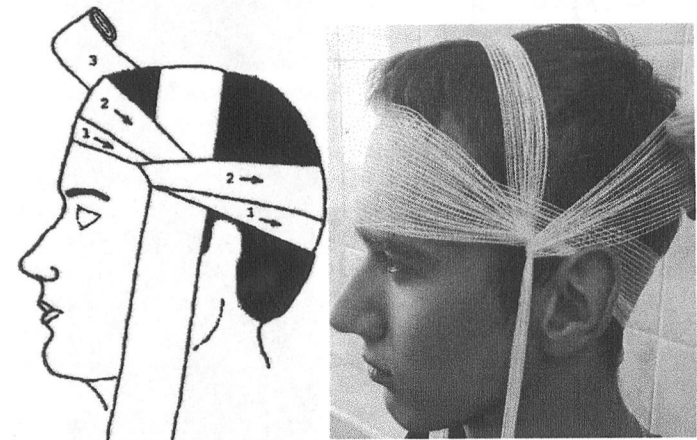


Рис. 12. Чепец

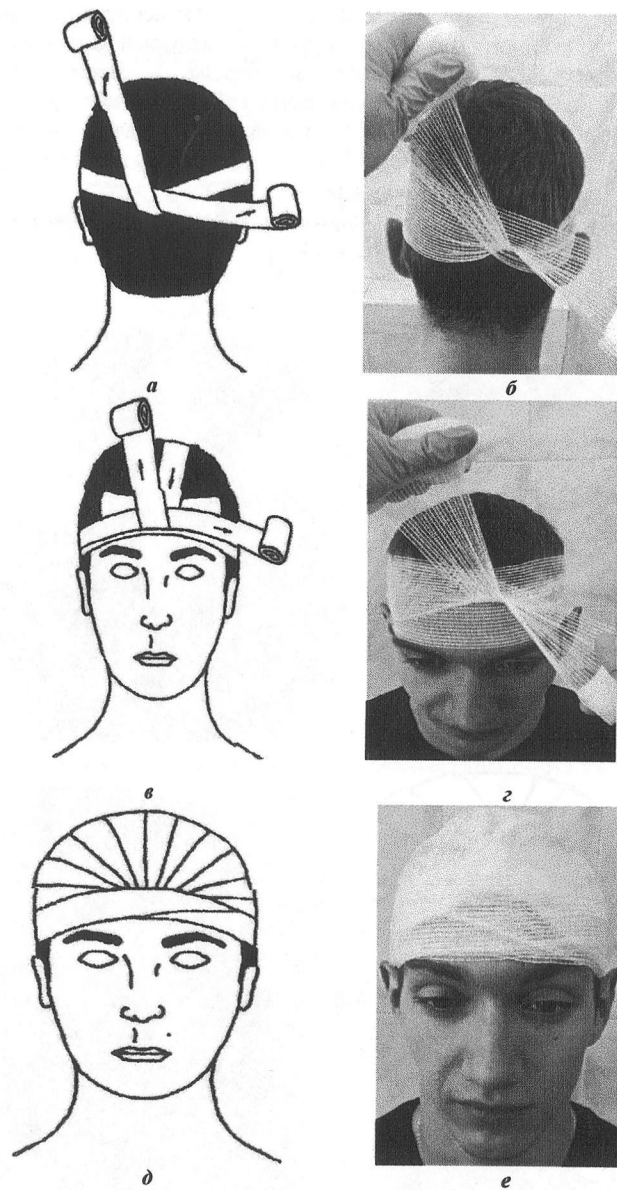


Рис. 13. Шапочка Гипократа

Повязка «шапочка Гипократа» — это возвращающаяся повязка на голову, которая накладывается двумя бинтами (возможно использование «двуглавого» бинта, который изготавливают предварительно). Важно, чтобы первый, фиксирующий тур бинта проходил ниже наружного затылочного выступа (рис. 13, а, б). После перекрещивания бинтов один из них ведут циркулярно, а вторым выполняют возвратные ходы «вперед — назад», проходя через циркулярный бинт (рис. 13, в, г). Необходимо следить за тем, чтобы каждый тур перекрывал предыдущий на $\frac{1}{2}$ ширины бинта. Закрепляющие (заключительные) туры следует располагать ниже уровня лобных бугров и затылочного выступа, чтобы обеспечить наиболее надежную фиксацию повязки (рис. 13, д, е). При оказании помощи пациентам в стадии возбуждения или при необходимости осуществлять транспортировку пациента данная повязка может быть дополнительно укреплена 2–3 турами бинта, направляемого во фронтальной плоскости спереди от ушных раковин под нижнюю челюсть.

Повязка «уздечка» — данная является одной из наиболее удобных для использования у пациентов с патологией челюстно-лицевой области (рис. 14).

После закрепления бинта круговым горизонтальным ходом вокруг головы, его ведут косо в области затылка на боковую поверхность шеи, затем проводят под нижней челюстью, переводят в вертикальное положение, направляя впереди ушных раковин. Накладывают необходимое число вертикальных витков, которыми может быть закрыта вся теменная и затылочная области. Далее из-под подбородочной области бинт ведут по другой стороне шеи косо к затылку. Выполняют горизонтальный тур и закрепляют повязку лейкопластырем.

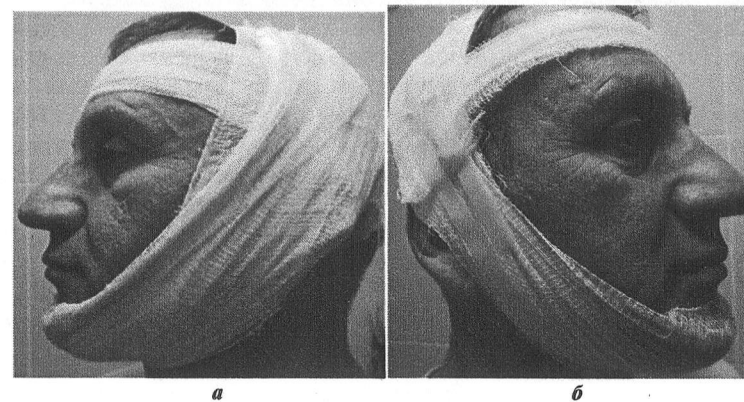


Рис. 14. Уздечка:
а — вид слева; б — вид справа (лейкопластырная фиксация конца бинта)

Працевидные повязки накладываются для закрепления марлевых салфеток на ограниченных участках головы и челюстно-лицевой области. С целью изготовления «пращи» концы широкого бинта рассекаются продольно, не доходя до середины. При оказании первой помощи возможно изготовление працевидной повязки из подручных материалов (платка, лоскута ткани и т. д.).

При наложении працевидной повязки на нос нижние концы бинта направляются по околоушно-жевательной области косо вверх, проводятся над ушными раковинами и завязываются на затылке. Верхние концы бинта направляют по околоушно-жевательной области косо вниз (через кожную проекцию углов нижней челюсти) и завязываются под затылочным выступом (рис. 15, а, б).

Наложение працевидной повязки на нижнюю челюсть можно выполнить двумя способами. В первом случае нижние концы бинта направляют по околоушно-жевательной области впереди ушных раковин почти вертикально и завязывают в теменной области. Верхние концы бинта направляют по околоушно-жевательной области строго горизонтально (через кожную проекцию углов нижней челюсти) и завязывают под затылочным выступом (рис. 15, в, г). При втором способе нижние концы бинта направляют по околоушно-жевательной области впереди ушных раковин почти вертикально и завязывают в теменной области. Верхние концы бинта, которые должны быть значительно длиннее нижних, направляют по околоушно-жевательной области строго горизонтально (через кожную проекцию углов нижней челюсти), перекрещивают в области затылочных бугров и направляют косо вверх и вперед над ушными раковинами и областью висков. Завязывают концы бинта в области лобных бугров (рис. 15, д, е). Данный вариант повязки обеспечивает наиболее надежную транспортную иммобилизацию нижней челюсти.

Восьмиобразная повязка на область затылка и шею является крестообразной с циркулярными турами на голове и шее. После наложения фиксирующего горизонтального тура бинт проходит по затылочной области на шею, описывает кольцо и возвращается через затылок на голову (рис. 16).

Восьмиобразная повязка на область шеи и выю также представляет собой разновидность крестообразной, при которой первые несколько туров бинта накладываются на шею, а затем бинт направляется кзади и по задней поверхности шеи идет к подмышечной области противоположной стороны. После горизонтального тура по груди бинт возвращают на спину и направляют косо вверх, где в межлопаточной области и над выей осуществляют его перекрещивание. Заключительные (закрепляющие) туры бинта также накладывают на шею (рис. 17).

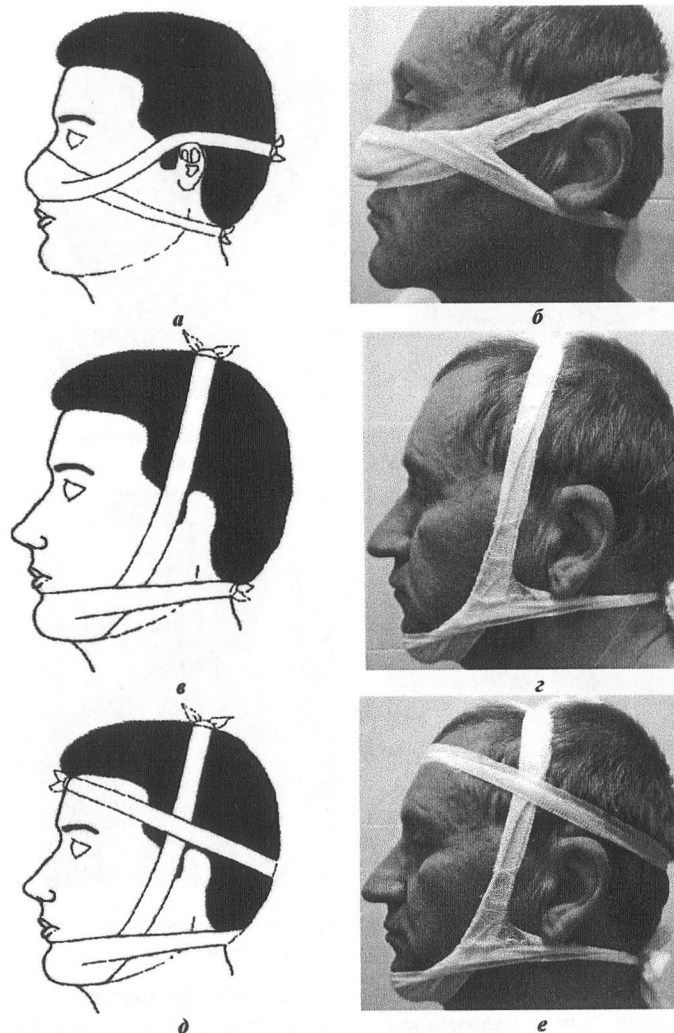


Рис. 15. Працевидные повязки

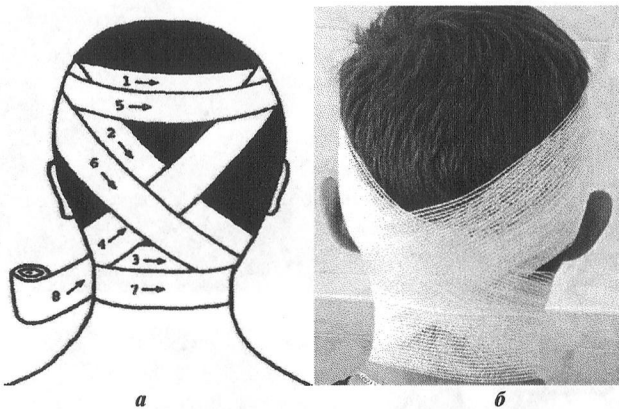


Рис. 16. Восьмиобразная повязка на область затылка и шею:
а — схема наложения; б — внешний вид

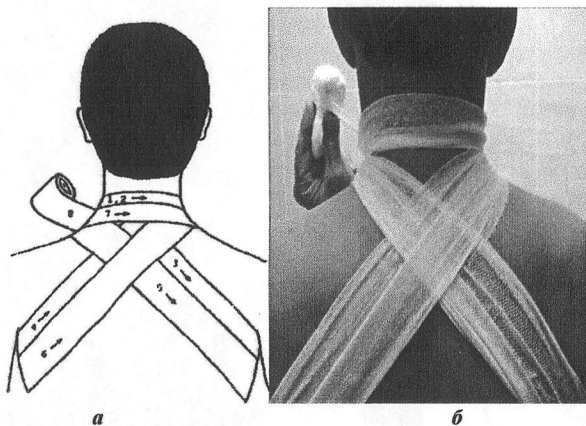


Рис. 17. Восьмиобразная повязка на область шеи и выю:
а — схема наложения; б — внешний вид

Косыночные повязки (рис. 18 и 19) по способу фиксации сходны с пращевидными. Для их наложения могут быть использованы как стерильные косынки, так и табельные косынки, имеющиеся в военных укладках, а также подручные материалы. Как правило, данные повязки накладывают при повреждениях свода черепа значительной площади, когда необходима иммобилизация на период транспортировки пострадавшего в стационар. При этом повязка должна фиксировать значительный объем перевязочного материала и не должна спадать. Обычно применяют повязку в виде квадратного куска ткани, сложенного вдвое по диагонали. Наиболее длинная сторона называется основанием. Угол, лежащий напротив основания, именуют верхушкой, другие два угла — концами повязки.

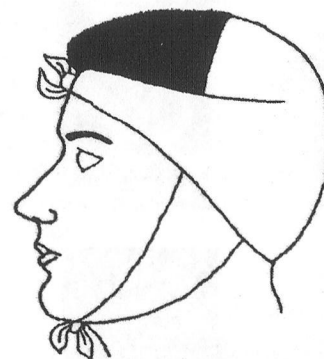


Рис. 18. Косыночная повязка на затылочную область:
а — схема наложения; б — внешний вид

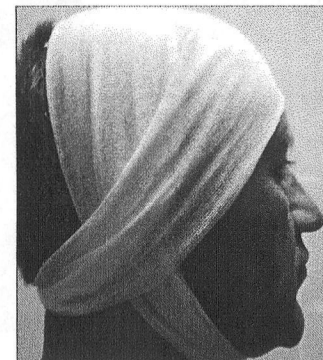


Рис. 19. Косыночная повязка на лобно-теменную область:
а — схема наложения; б — внешний вид

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Снятие швов. Перед снятием швов окружающие послеоперационную рану кожные покровы следует обработать одним из растворов антисептика. Затем стерильным анатомическим пинцетом захватывают один конец узла шва и несколько оттягивают его по направлению вверх и вбок (рис. 20, а, б, в). Один из концов стерильных ножниц подводят под лигатуру и перерезают ее (рис. 20, г, д, е). Извлекают лигатуру при помощи пинцета (рис. 20, ж, з, и). Указанным образом снимают все швы, после чего рубец обрабатывают антисептиком и накладывают асептическую повязку.

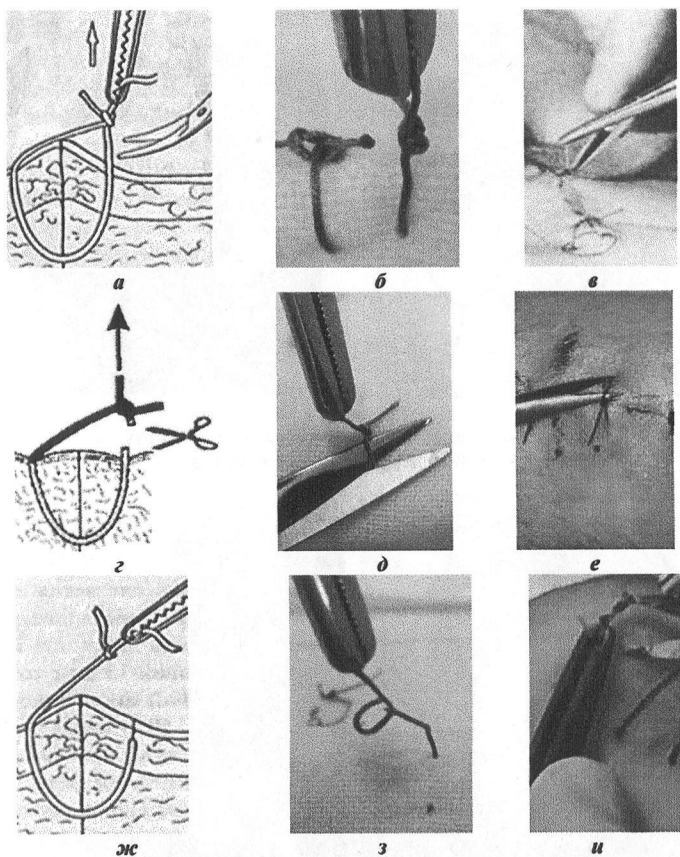


Рис. 20. Этапы снятия швов на кожных покровах:

а — схема подтягивания лигатуры; *б* — подтягивание лигатуры на фантоме; *в* — подтягивание лигатуры *in vivo*; *г* — схема рассечения лигатуры; *д* — рассечение лигатуры на фантоме; *е* — рассечение лигатуры *in vivo*; *ж* — схема извлечения лигатуры; *з* — извлечение лигатуры на фантоме; *и* — извлечение лигатуры *in vivo*

Промывание желудка. Данную процедуру пациентам с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи проводят при подготовке к срочному оперативному вмешательству.

При промывании желудка применяют толстый желудочный зонд диаметром 10–12 мм и длиной 1–1,5 м, воронку или шприц Жане.

Пациент при выполнении процедуры может находиться в положении сидя, прислонившись к спинке стула, или в горизонтальном положении — на боку. При наличии у пациента съемных ортопедических конструкций в полости рта, их следует извлечь. Врач или медсестра становится с правой стороны от пациента, левой рукой придерживает его шею, а правой вводит же-

лудочный зонд, смоченный водой или смазанный вазелиновым маслом. Как только конец зонда достигает корня языка пациента, его просят сделать несколько глотательных движений, после чего обычно зонд проводится в пищевод и желудок (рис. 21). Зонд следует вводить до отметки 50 см. Чтобы подавить рвотный рефлекс, пациента просят глубоко и часто дышать носом, также с этой целью может быть использовано предварительное орошение глотки 10%-ный раствором лидокаина в аэрозоле. У тяжелых пациентов для промывания желудка используется тонкий желудочный зонд, который вводят через нос.

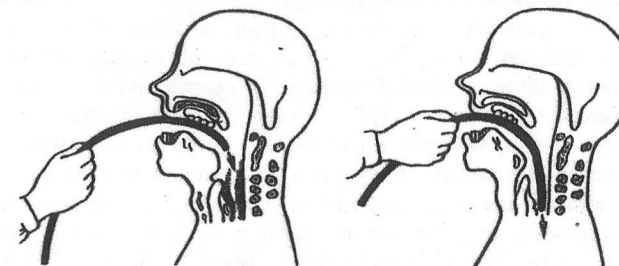


Рис. 21. Техника введения желудочного зонда при проведении процедуры промывания желудка пациенту

После введения зонда начинают промывание желудка, которое осуществляется по принципу сообщающихся сосудов: если воронку, наполненную водой, держать выше уровня желудка пациента, то из нее в желудок будет поступать вода (рис. 22, 1), если опустить воронку ниже уровня желудка, то введенная только что вода будет поступать обратно в воронку (рис. 22, 2).

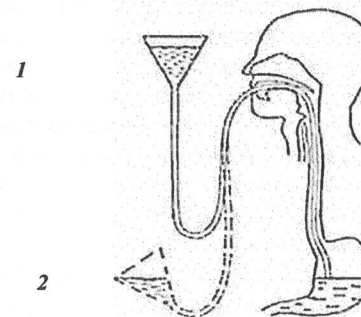


Рис. 22. Этапы промывания желудка пациента:

1 — первый этап: воронку, наполненную водой, удерживают выше уровня желудка и из нее вода поступает в желудок пациента; 2 — второй этап: воронку опускают ниже уровня желудка, и введенная в желудок пациента вода поступает обратно в воронку

Для промывания желудка можно использовать кипяченую воду, 0,1%-ный раствор (бледно-розовый) перманганата калия, 2%-ный раствор гидрокарбоната натрия, изотонический раствор натрия хлорида. Процедуру проводят до тех пор, пока промывные воды не станут чистыми. После окончания промывания желудка зонд извлекают, моют горячей водой и стерилизуют.

Клизмы. При подготовке пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи к оперативному вмешательству может возникнуть необходимость принудительного опорожнения толстой кишки. С этой целью применяется очистительная или сифонная клизма. Противопоказаниями к процедуре являются острые воспалительные и эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки толстой кишки, острая хирургическая патология органов брюшной полости (аппендицит, перитонит), желудочно-кишечные кровотечения, IV стадия злокачественного новообразования толстой кишки, недавно проведенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Очистительная клизма предназначена для разжижения и удаления содержимого нижних отделов толстой кишки. Очистительную клизму ставят при помощи резиновой кружки Эсмарха, представляющей собой специальный резервуар с отверстием объемом 1–2 л, к которому крепится резиновая трубка длиной 1,5 м с резиновым, эбонитовым, реже — стеклянным наконечником. На конце трубки располагается кран, позволяющий регулировать поступление воды из кружки. Для очистительной клизмы взрослому человеку необходимо 1–1,5 л теплой воды (25–35 °С). С целью усиления очистительного действия клизмы в воду, заполняющую резервуар, добавляют 2–3 столовые ложки глицерина, растительного масла или растворенную в воде 1 столовую ложку стружки детского мыла.

Кружку Эсмарха заполняют водой и, открыв кран, заполняют резиновую трубку таким образом, чтобы вытеснить воздух. После этого кран закрывают и кружку подвешивают к штативу выше уровня кушетки. Под пациента подкладывается клеенка, край которой опускается в таз. Пациент ложится на левый бок с согнутыми в коленях ногами, подтягивая их к животу. Такое положение пациента обеспечивает большую доступность анального отверстия для введения в него наконечника. Первым и вторым пальцем левой руки врач или медицинская сестра раздвигают ягодицы пациента, а правой рукой вращательными движениями на глубину 10–12 см вводят в прямую кишку смазанный вазелином наконечник. При прохождении первых 3–4 см наконечник следует направлять к пупку пациента (рис. 23, 1), а затем наконечник необходимо повернуть соответственно просвету прямой кишки и продолжать введение параллельно копчику (рис. 23, 2). Затем открывают кран и выпускают жидкость. В ситуации, когда вода не поступает в прямую кишку, следует выдвинуть наконечник и увеличить напор воды, подняв кружку на штативе более чем на 1 м выше уровня кушетки, на которой рас-

полагается пациент. При возникновении болей по ходу толстой кишки напор воды необходимо уменьшить. После завершения введения жидкости пациента просят воздержаться от дефекации в течение 5–10 мин. Далее за счет стимуляции перистальтики толстой кишки происходит опорожнение ее нижних отделов от каловых масс. При неэффективности очистительной клизмы применяют сифонную.

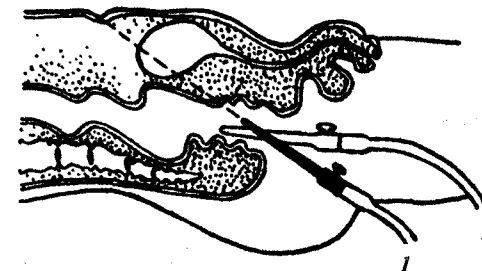


Рис. 23. Этапы введения наконечника при очистительной клизме:
1 — первый этап: при введении наконечника и прохождении первых 3–4 см его направляют к пупку пациента; 2 — второй этап: выполнение поворота наконечника соответственно просвету прямой кишки и введение его параллельно копчику

При постановке *сифонной клизмы* используют большую воронку емкостью 0,5–2 л, а также резиновую трубку длиной 1–1,5 м с диаметром не менее 1 см, которую соединяют с гибким резиновым наконечником или резиновой кишечной трубкой длиной 20–30 см. Кроме кишечной трубки и гибкого резинового наконечника, для этой цели может быть использован и желудочный зонд. Пациенту необходимо принять то же положение, что при очистительной клизме — лечь на левый бок и несколько согнуть ноги в коленях. Гибкий конец резиновой кишечной трубки или толстого желудочного зонда, смазанный вазелином, вводят в прямую кишку на глубину 20–30 см. Механизм действия сифонной клизмы такой же, как и при промывании желудка — он основан на закономерности сообщающихся сосудов. Воронку присоединяют к наружному концу трубки и, удерживая ее в несколько наклонном положении выше уровня расположения прямой кишки пациента, заполняют чистой кипяченой водой или 0,1%-ным (слабо-розовым) раствором перманганата калия. Для этой цели также может быть использован 2%-ный раствор гидрокарбоната натрия. Воронку поднимают вверх на 50 см выше уровня тела пациента, что способствует поступлению жидкости в кишечник. Когда жидкость в воронке доходит до сужения, воронку опускают ниже уровня тела пациента и наклоняют в таз, куда и поступает промывная жидкость вместе с содержимым кишечника. Процедуру промывания повторяют до тех пор, пока из кишечника в воронку не будут поступать чистые промывные воды.

Способы воздействия на кровообращение. При раздражении кожных покровов тех или областей человеческого тела с помощью различных физических факторов (холод, тепло, механическое воздействие) развиваются определенные функциональные изменения в органах, тканях и системах организма человека: меняются сосудистый тонус, секреторная и моторная активность, метаболизм клеток. Возникают также и общие реакции, проявляющиеся улучшением сна, аппетита, настроения. Подобные воздействия на кожные покровы с целью изменения функционального состояния органов и тканей организма пациента именуется сегментарно-рефлекторной терапией. К ее простейшим методам относят применение компрессов, грелок, банок, горчичников.

Банки — стеклянные сосуды с утолщенными краями и расширенным полукруглым дном вместимостью 30–70 мл. Их ставят на те участки тела, где имеется хороший мышечный и подкожно-жировой слой. Они относятся к так называемым отвлекающим средствам. Не ставят банки на позвоночник, грудину, область сердца и молочные железы.

Для процедуры заранее готовят все необходимое: банки (20–25 штук), этиловый спирт 78%-ный во флаконе с плотно притертой пробкой, вазелин или крем на жировой основе, вату, спички, зажим или длинный пинцет (рис. 24, а). Пациента укладывают на живот, кожу спины предварительно протирают влажным полотенцем. Для предотвращения ожогов участок кожных покровов пациента, куда планируется постановка банок, следует смазать вазелином или жирным кремом (рис. 24, б). В зажим фиксируют ватный или марлевый тампон, смоченный спиртом и тщательно отжатый, чтобы предотвратить попадание капель горящего спирта на кожу. Флакон со спиртом плотно закрывают и отставляют в сторону. Зажим берут в правую руку и к тампону подносят горящую спичку. В левую руку берут банку, горящий тампон вводят в полость банки на 2–3 с, быстрым движением проводят им внутри и выводят наружу (рис. 24, в). После этого банку незамедлительно ставят всей окружностью отверстия на кожу. Под воздействием пламени, внесенного в полость банки, происходит сгорание кислорода и тепловое расширение воздуха, находящегося в ней. Поэтому при быстром прикладывании банки к телу в ней создается отрицательное давление, вследствие чего кожа втягивается в банку. Это приводит к приливу крови, разрыву капилляров, точечным кровоизлияниям. Вызывая местное рефлекторное расширение кровеносных сосудов и прилив крови к тканям, банки оказывают рассасывающее, противовоспалительное и болеутоляющее действие. Всосывание продуктов распада крови стимулирует обмен веществ и кроветворение.

Как только все банки поставлены, пациента укрывают сначала простыней, а затем одеялом. Продолжительность процедуры составляет 5–10 мин, затем банки осторожно снимают в той же последовательности, в которой производили постановку. Для этого одной рукой банку наклоняют в сторону, а вторым и третьим пальцами другой руки нажимают на кожу

у края, в результате чего воздух попадает в просвет и банка отделяется (рис. 24, г). Кожу вытирают сухим полотенцем. После банок пациент должен находиться в постели не менее получаса. Если на коже образуются пузырьки, наполненные жидкостью (вследствие длительного держания банок или ожога), их следует смазать 5%-ным раствором перманганата калия.

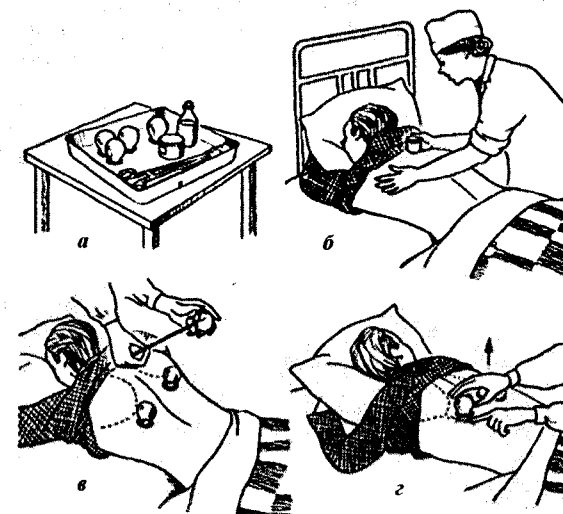


Рис. 24. Этапы проведения процедуры постановки и снятия банок

Горчичники представляют собой листы проклеенной бумаги размером 8 × 12 см, покрытые тонким равномерным слоем обезжиренного порошка семян горчицы. Горчичники ставят на переднебоковую и заднюю поверхности грудной клетки, исключая область сердца и зону позвоночника. Постановка горчичников — простая процедура, не требующая специальных навыков. Горчичник на 3–5 с погружают в теплую воду и стороной, покрытой слоем горчицы, прикладывают к телу на 10–15 мин. В результате выделения эфирного горчичного масла происходит раздражение кожи, расширение сосудов, прилив крови, появляется гиперемия, ощущается жжение. При выраженном раздражающем действии горчичника между ним и телом можно проложить марлю. После снятия горчичников необходимо удалить остатки горчицы с кожных покровов. Для этого кожу протирают влажной марлевой салфеткой, а затем сухим полотенцем.

Банки и горчичники пациентам в челюстно-лицевой хирургии могут назначаться при воспалительных процессах (бронхите, пневмонии), застойных явлениях в малом круге кровообращения (осложнение общего обезвоживания) или как их профилактика.

Банки и горчичники противопоказаны пациентам при кровотечениях и склонности к ним, кожных заболеваниях, повышенной чувствительности кожных покровов, резкой слабости и истощении пациента, туберкулезе, онкологических заболеваниях, инфекционно-воспалительных процессах, психическом возбуждении.

При применении *холодного компресса или пузыря со льдом* происходит локальная гипотермия, вызывающая сужение кровеносных сосудов кожных покровов, уменьшение притока крови к тканям, замедление жизнедеятельности клеток, что обеспечивает ограничение распространения воспаления и отека тканей, способствует уменьшению кровотечения.

Влажные холодные компрессы используют в первые часы после ушибов (на травмированный участок), при носовых кровотечениях (на переносицу), высокой лихорадке (на лоб). При этом свернутый в несколько слоев отрезок мягкой ткани (небольшое полотенце), смоченный холодной водой, накладывают на соответствующий участок. Так как компресс достаточно быстро приобретает температуру тела пациента, то его следует менять каждые 2–3 мин.

Для обеспечения более длительной локальной гипотермии наиболее целесообразно использовать пузырь со льдом, представляющий собой плоский резиновый мешок с широким отверстием, заполненный мелкими кусочками льда. Для предотвращения отморожений под пузырь со льдом подкладывают полотенце. При использовании пузыря со льдом в течение 20 мин делают 10–15-минутный перерыв для восстановления кровообращения кожи, затем процедуру повторяют в течение необходимого периода времени. По мере таяния льда воду сливают и в пузырь добавляют новые кусочки льда.

В результате конденсации паров воды на поверхности пузыря он становится влажным, в связи с чем его периодически необходимо протирать.

Использование *согревающих компрессов и грелки* сопровождается местным расширением кровеносных сосудов и интенсификацией кровообращения в тканях, что может оказывать болеутоляющее и рассасывающее действие. Согревающие компрессы могут применяться в ходе лечения местных инфильтратов, например постинъекционных, при некоторых заболеваниях мышц и суставов.

Согревающие компрессы принято разделять на сухие и влажные.

Сухой согревающий компресс представляет собой обыкновенную ватно-марлевую повязку, как правило, предназначенную для защиты тех или иных участков челюстно-лицевой области и шеи от холодных воздействий.

Влажный согревающий компресс состоит из трех слоев. Первый слой представляет собой мягкую ткань (марлю), смоченную водой комнатной температуры и хорошо отжатую, его накладывают непосредственно на кожные покровы. Следующий слой — это отрезок клеенки, полиэтиленовой пленки или вошеной бумаги. Третий слой — это слой ваты (ватина или фланели). Для предотвращения быстрого высыхания компресса необходимо

следить, чтобы каждый последующий слой был больше по размеру, чем предыдущий. Сверху компресс закрепляют бинтом.

Компресс держат не более 12 ч, при этом следует помнить, что через 6 ч должна быть проведена его обязательная замена.

Правильность наложения компресса проверяют через 1–2 ч, просунув под него палец. Если внутренний слой остается влажным, то компресс наложен правильно.

При снятии компресса кожные покровы необходимо протереть водой или спиртом, а затем высушить полотенцем для предотвращения мацерации. При появлении даже незначительных признаков раздражения кожи от дальнейшего применения компрессов следует отказаться.

С целью ускорения рассасывания воспалительных инфильтратов применяют полуспиртовой согревающий компресс, внутренний слой которого смачивают разведенным водой этиловым спиртом. Вместо этилового может использоваться салициловый или камфорный спирт или слабый раствор столового уксуса.

Противопоказаниями для наложения согревающего компресса являются кожные заболевания, нарушения целостности кожных покровов в месте планируемой процедуры, развитие в данной зоне острого инфекционно-воспалительного процесса или планируемые в этой области оперативные вмешательства.

Грелка также обеспечивает местный согревающий эффект. При ее использовании происходит рефлекторное расширение кровеносных сосудов, расслабление гладкой мускулатуры, что сопровождается купированием спастических болей, вызванных мышечным дефансом.

Наиболее часто используют резиновые грелки различной формы, емкостью 1–3 л, реже — электрические или химические.

Перед использованием грелку заполняют горячей водой примерно на $\frac{2}{3}$ ее объема, осторожно выжимая из нее воздух. Отверстие грелки плотно завинчивают пробкой и переворачивают, проверяя герметичность, после чего оборачивают полотенцем. При частом и продолжительном использовании грелки кожные покровы для предотвращения ожога следует смазать вазелином или жирным кремом.

При отсутствии грелки можно воспользоваться бутылкой, заполненной горячей водой.

Следует помнить, что использование грелки противопоказано при болях невыясненной этиологии, онкологических заболеваниях, острых инфекционно-воспалительных процессах, в первые сутки после травмы, при кровотечениях, у пациентов с нарушенной кожной чувствительностью либо находящихся в бессознательном состоянии.

Введение лекарственных средств. Лекарственные средства могут быть введены через пищеварительный тракт (энтерально) или вне пищеварительного тракта (парентерально) в виде:

- инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных);
- ингаляций;
- нанесения (аппликаций) на слизистую оболочку, кожные покровы и т. д.

При выборе способа ведения лекарственных средств учитывают необходимость быстрого или медленного достижения эффекта, состояние органов и систем организма пациента, например желудочно-кишечного тракта при энтеральном введении, а также показания к общему или местному применению.

Одним из вариантов наружного применения лекарственных средств является их закапывание или закладывание в субконъюнктивальный мешок, наружный слуховой проход, нос.

При закапывании глазных капель или закладывании глазной мази нижнее веко оттягивают влажным тампоном, после чего при помощи пипетки выпускают 1–2 капли раствора (комнатной температуры) на слизистую оболочку века или в эту же область плоским концом глазной стеклянной палочки наносят глазную мазь.

Капли в ухо (6–8 капель) вводят пипеткой или чайной ложкой (по одной капле), предварительно подогрев жидкость до температуры тела. Пациент при этом должен находиться в положении лежа на боку противоположном уху, в которое вводится лекарственное средство. После закапывания пациенту необходимо находиться в том же положении в течение 10–15 мин.

Капли в нос (5–6 капель в каждый нижний носовой ход) вводят при запрокинутой назад голове пациента. Если необходимо *ввести порошок через слизистую оболочку носа*, например вазопрессин, пациент должен осторожно, прикрыв пальцем одну ноздрю, второй втянуть в нос со струей воздуха лекарственное средство.

Лекарственное средство на мазевой основе вводится в нижний носовой ход при помощи плоского конца глазной стеклянной палочки и осторожно распределяется по слизистой оболочке.

Ингаляции у пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи, как правило, применяются в послеоперационном периоде как профилактика фарингита, бронхита, пневмонии, а также для местной анестезии слизистой оболочки полости рта, гортани, трахеи. Ингаляции могут быть сухими, влажными, паровыми, масляными и осуществляться с помощью специальных аппаратов или карманных ингаляторов.

Энтеральный способ введения лекарственных средств является наиболее удобным, но при этом имеет определенные недостатки: возможность разрушения в желудке, а затем в печени, что существенно затрудняет количественный учет всосавшегося, следовательно, действующего препарата; не-

благоприятное воздействие на слизистую оболочку желудка и кашечника. При пероральном введении лекарственных средств большое значение имеет их соотношение с приемом пищи. Большинство препаратов рекомендуют принимать за $1/2$ –1 ч до еды для минимизации их разрушения пищеварительными соками и обеспечения максимального всасывания в пищеварительном тракте. Некоторые лекарственные средства следует назначать после еды, например ацетилсалициловую кислоту, для того чтобы минимизировать их негативное влияние на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Сублингвальный способ введения лекарственных средств (под язык) обеспечивает быстрое их всасывание в полости рта и предотвращает разрушение действующих веществ в печени.

Ректальный способ введения лекарственных средств также обеспечивает сохранность от разрушающего действия на них желудочного сока, кишечной микрофлоры и пищеварительных ферментов. При данном пути введения препараты всасываются в системе геморроидальных вен, не попадая в портальный кровоток и таким образом минуя печень. Для введения лекарственных средств в прямую кишку чаще всего используют ректальные свечи (суппозитории) или микроклизмы.

Инъекционный способ введения лекарственных средств — это способ специального нагнетания под давлением растворов лекарственных веществ в различные ткани организма. Выделяют инъекции:

- внутрикожные;
- подкожные;
- внутримышечные;
- внутривенные;
- внутриартериальные;
- внутриплевральные;
- внутрисердечные;
- внутрикостные;
- внутрисуставные;
- субдуральные;
- субарахноидальные.

Инъекционные способы введения лекарственных средств применяют тогда, когда необходимо достичь быстрого лечебного эффекта. При этом обеспечивается большая скорость поступления лекарственных веществ в кровь, точность их дозы, необходимая концентрация вещества в крови (поддерживаемая повторными инъекциями достаточно длительный период времени). Кроме того, инъекционный метод введения применяют в тех ситуациях, когда ввести лекарственное средство перорально не представляется возможным или является нецелесообразным, а также тогда, когда отсутствуют соответствующие лекарственные формы (таблетки, капсулы, порошки, суспензии).

Инъекции выполняют при помощи одноразовых шприцев и игл, обеспечивающих надежную защиту от инфекций, передающихся через кровь.

Прежде чем набрать в шприц лекарственное вещество, врач или медицинская сестра моют руки, высушивают их, одевают стерильные перчатки. Вакуумную упаковку с одноразовым шприцем надрывают со стороны поршня. Затем со стороны острого конца, находящегося в защитном колпачке, надрывают вакуумную упаковку одноразовой инъекционной иглы. Шприц извлекают из упаковки, удерживая за поршень, после чего извлекают из упаковки иглу, удерживая ее за защитный колпачок. Плотнo фиксируют канюлю иглы на шприце. Внимательно исследуют флакон или ампулу с лекарственным средством с целью удостовериться, что это именно тот препарат, который необходим, и проверяют срок его годности. Далее шейку ампулы или крышку флакона протирают спиртом, ампулу или флакон вскрывают и набирают ее содержимое в шприц. Затем использованную иглу снимают и надевают другую, при помощи которой осуществляют инъекцию. Следует помнить, что ампулы и флаконы до завершения процедуры не выбрасывают, а сохраняют на стерильном крафт-пакете или в стерильном лотке. При необходимости проведения инъекции в палате шприц с набранным лекарственным средством приносят туда в стерильном лотке вместе с ватными или марлевыми шариками, смоченными спиртом. Лоток при доставке инструментов в палату должен быть покрыт стерильной салфеткой.

Внутрикожные инъекции могут выполняться с диагностической целью (реакция Манту), аллергических проб, на начальных этапах проведения местной инфильтрационной анестезии. Для осуществления внутрикожной инъекции необходимо, чтобы игла вошла в кожу на небольшую глубину (до погружения ее просвета (скоса) в кожные покровы). После этого, продолжая удерживать иглу под острым углом к коже, вводят содержимое шприца. При правильной технике выполнения на месте внутрикожной инъекции кожные покровы выглядят как «лимонная корочка».

Подкожные инъекции применяются для введения лекарственных средств, хорошо всасывающихся в рыхлой подкожной клетчатке. На рис. 25 обозначены области тела, рекомендуемые для проведения подкожных инъекций.

После обработки кожных покровов в месте планируемой инъекции ватным или марлевым шариком со спиртом левой рукой формируют кожную складку, а правой берут приготовленный шприц, после чего в основание образующегося кожной складкой треугольника вводят иглу на $\frac{1}{3}$ ее длины. После того, как игла перекладывается в левую руку и медленно вводят его содержимое. Далее иглу быстрым движением извлекают, место укола еще раз обрабатывают антисептиком и прижимают ватным или марлевым шариком.

Внутримышечные инъекции имеют преимущество перед подкожными, так как лекарственные вещества, введенные в мышцу, быстрее всасываются. Для осуществления внутримышечного введения лекарственных средств выбирают участки тела, где хорошо развит мышечный слой: наружный верх-

ний квадрант ягодицы, передненаружная поверхность бедра, подлопаточная область. На рис. 26 обозначены области тела, рекомендуемые для проведения внутримышечных инъекций.

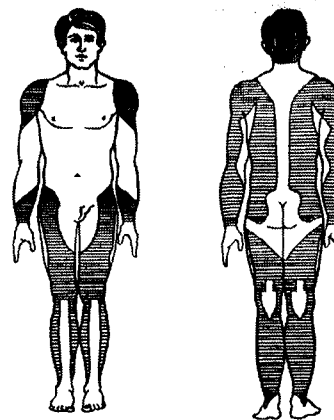


Рис. 25. Области тела человека, рекомендуемые для выполнения подкожных инъекций

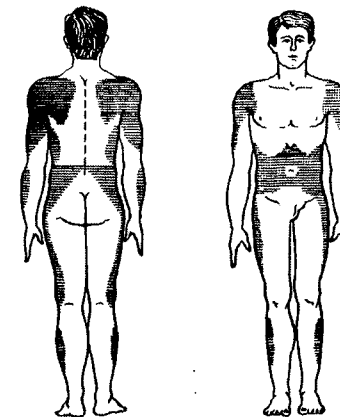


Рис. 26. Области тела человека, рекомендуемые для выполнения внутримышечных инъекций

При проведении внутримышечной инъекции шприц с иглой длиной 8–10 см располагают перпендикулярно кожным покровам и вводят иглу на глубину 7–8 см. Желательно прохождение иглой кожных покровов осуществить максимально быстро, возможно использовать аппликационную анестезию или локальную ишемию в месте планируемого введения иглы с целью максимально обезболить момент введения. Продвижение иглы в мышечном слое должно быть размеренным и неспешным для минимизации повреждения капилляров и периферических окончаний нервных волокон. Следует подчеркнуть, что несколько миллиметров иглы от канюли всегда должны оставаться над поверхностью кожных покровов, так как существует угроза рефлекторного сокращения мышцы во время продвижения иглы или введения лекарственного вещества, что может привести к отлому инструмента (чаще в зоне крепления ее к канюле). В такой ситуации за оставшийся над поверхностью кожных покровов участок иглы ее можно легко извлечь при помощи зажима.

Непосредственно перед введением лекарственного средства необходимо слегка оттянуть на себя поршень шприца (выполнить аспирационную пробу), для того чтобы убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд.

Внутривенные инъекции чаще выполняют при помощи венопункции (чрескожного введения иглы в вену), реже используют веносекцию (вскрытие просвета вены). Данный способ введения препаратов является весьма от-

ветственным, так как связан с манипуляцией инструмента в кровеносном русле и непосредственным введением в него лекарственных средств, поэтому выполняется врачом или специально обученной медицинской сестрой.

Для осуществления внутривенных инъекций чаще всего используют вены локтевого сгиба (рис. 27), поверхностные вены предплечья и кисти, иногда — вены нижних конечностей.

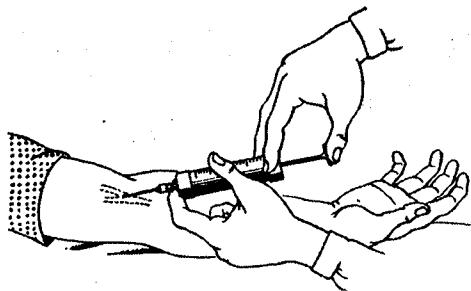


Рис. 27. Схема выполнения внутривенной инъекции в вену локтевого сгиба

При проведении венопункции под локоть вытянутой руки пациента помещают небольшую клеенчатую подушечку, чтобы обеспечить максимальное разгибание конечности. Выше места планируемой венопункции накладывают жгут. Наложить его необходимо таким образом, чтобы пережатыми оказались только вены, а кровоток в артерии сохранялся. Для того чтобы обеспечить наполнение вены, пациенту предлагают несколько раз сжать и разжать кулак. Затем кожные покровы тщательно обрабатывают раствором антисептика. Пальцами левой руки несколько натягивают кожу локтевого сгиба для обеспечения фиксации вены и уменьшения степени ее подвижности. Венопункцию осуществляют в два приема: вначале прокалывают кожу; затем — стенку вены. При хорошо визуализируемых венах прокол кожных покровов и стенки вены можно производить одновременно. В правильности выполнения венопункции убеждаются на основании появления из иглы капля крови. Если игла соединена со шприцем, то для контроля ее локализации следует несколько потянуть поршень шприца на себя: появление крови в шприце подтвердит правильное положение иглы. Далее жгут распускают и медленно вводят лекарственное вещество в вену. После извлечения иглы и повторной обработки кожных покровов в месте укола антисептиком место инъекции прижимают стерильным ватным или марлевым шариком и накладывают на него на 2–3 мин давящую повязку.

Внутривенные вливания применяют для введения больших объемов лекарственных растворов (2–5 л и более). Они являются основным способом введения лекарственных веществ при инфузионной терапии. Их используют, когда необходимо восстановить объем циркулирующей крови, нормализовать водно-электролитный и кислотно-щелочной баланс организма, уstra-

нить явления интоксикации при тяжелых осложнениях инфекционно-воспалительных процессов.

При необходимости быстрого введения лекарственных средств (шоке, коллапсе, кровопотере), как правило, применяют *струйное внутривенное введение*. Если препарат должен поступать в кровеносное русло медленно, то осуществляют *капельное внутривенное введение*. Когда имеется необходимость в длительном (в течение нескольких суток и более) введении значительного объема растворов, выполняют катетеризацию вены (чаще подключичной) или веносекцию.

Внутривенные вливания осуществляют с помощью специальных систем для капельного введения лекарственных средств. На текущий момент используются одноразовые системы, что в полной мере обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики. Система в собранном виде состоит из флакона или пакета с необходимым для введения лекарственным раствором, короткой трубки с воздушным фильтром и иглой для поступления воздуха во флакон или пакет, капельницы с фильтром и двумя трубками, зажима, пункционной иглы, резиновой переходной трубочки, обеспечивающей соединение трубки капельницы с пункционной иглой (рис. 28).

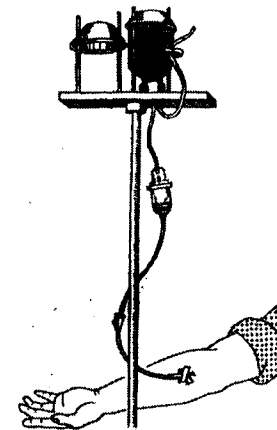


Рис. 28. Схема использования системы для внутривенных вливаний

Металлический колпачок флакона (или пакет) протирают раствором антисептика. Снимают колпачок, вводят во флакон короткую иглу капельницы (для поступления раствора из флакона) и длинную иглу воздуховодной трубки (для подачи во флакон воздуха). На трубку перед капельницей накладывают зажим, переворачивают флакон вверх дном и подвешивают к специальной стойке на высоте 1–1,5 м над постелью пациента. При этом необходимо следить, чтобы конец длинной иглы воздуховодной трубки всегда находился во флаконе над уровнем жидкости. Капельницу заполняют рас-

твором следующим образом: трубку, идущую к пункционной игле, поднимают так, чтобы капельница (в перевернутом виде) оказалась на одном уровне с флаконом. После снятия зажима жидкость из флакона начинает поступать в капельницу. Когда она заполнится примерно наполовину, конец трубки с пункционной иглой следует опустить вниз, после чего жидкость начнет поступать в данную трубку, вытесняя воздух. После того как весь воздух будет удален из системы, на трубку (ближе к пункционной игле) накладывают зажим. После выполнения венопункции систему присоединяют к пункционной игле и при помощи зажима устанавливают необходимую скорость инфузии (чаще 50–60 капель в минуту). Вливание прекращают после того, как жидкость перестанет поступать из флакона в капельницу. В этот момент зажимом перекрывают трубку.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И НА ШЕЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Операции удаления зуба, резекции верхушки корня, а в последние годы и дентальные имплантации являются наиболее распространенными хирургическими вмешательствами в амбулаторной практике стоматолога-хирурга [4, 20].

Тактика врача перед операцией, выполняемой в полости рта. Перед проведением плановой операции обязательно проведение санации и ирригации раствором антисептика полости рта (возможно использование других антисептических лекарственных средств, например 1 пастилку Септолете D).

Тактика врача после операции, выполненной в полости рта. Ни одна технически правильно выполненная операция в полости рта не является гарантией успешного ее исхода и последующей реабилитации. Многие осложнения развиваются в результате неправильного ухода за послеоперационной раной и полостью рта в послеоперационном периоде. Врач-стоматолог обязан дать рекомендации пациенту и при недостатке информации обучить пациента элементам ухода за полостью рта, а также предупредить о возможных осложнениях при несоблюдении этих рекомендаций. Рассмотрим уход за послеоперационной раной и полостью рта в послеоперационном периоде на примере одного из наиболее часто выполняемых вмешательств — удаление зуба.

После удаления зуба происходит естественное выполнение альвеолы кровяным сгустком, образующимся в результате кровотечения от разрыва зубной артерии, сети артериол, капилляров периодонта и десны. Данное кровотечение является капиллярным и прекращается через 5–20 мин. Сокращению времени кровотечения способствует давление марлевого тампона, которым закрывают рану. В отдельных случаях кровотечение не прекращается, а иногда, прекратившись на время, возникает вновь через несколько часов

или дней. Чаще кровотечение после удаления зуба вызывается причинами местного характера: глубоким разрывом и размождением десны при несоблюдении техники удаления зуба (пренебрежение этапом синдесмотомии, наложение щипцов для удаления зуба на десну), наличием воспалительного процесса, параличом сосудов стенок альвеолы после воздействия анестетика с вазоконстриктором, при постоянном применении пациентом антиагрегантных или антикоагулянтных лекарственных средств, наличием у пациента соматической патологии (артериальной гипертензией, геморрагическим диатезом и т. д.). Кровотечение из лунки также может быть связано с ее инфицированием и распадом в ней тромба. Большинство кровотечений удается остановить общепринятым методом — тампонадой лунки йодоформной марлевой турундой (рис. 29).

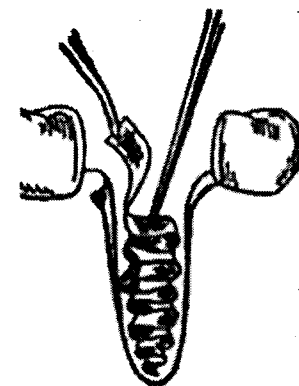


Рис. 29. Схема тампонады лунки зуба при луночковом кровотечении

При кровотечении из разорванных краев раны достаточно наложения направляющих отдельных узловых швов, сближающих края лунки. Широко применяется введение в лунку гемостатической губки или тампонада лунки сухим кетгутотом.

По завершении заключительных этапов операции удаления зуба (тракции и ревизии лунки) осуществляют небольшим усилием сближение краев лунки и накладывают на нее стерильный марлевый шарик-тампон.

Рекомендации пациенту после операции удаления зуба:

- держать марлевый шарик над лункой плотно сомкнув челюсти 15–20 мин, так как давление от марлевого шарика-тампона способствует свертыванию крови;
- рекомендуется воздержаться от питья и приема пищи в течение двух часов после операции;
- в течение суток нельзя принимать горячую пищу и напитки, а также твердую, вязкую и острую пищу;

– категорически запрещаются алкоголь и тепловые процедуры (все варианты банных процедур, согревающие ванны и души, горячие компрессы, массажи);

– в течение первых суток после операции не следует проводить полоскание полости рта;

– стараться не травмировать рану, не прикасаться к ней руками и не «разлизывать» языком, так как это может привести к инфицированию и кровотечению из раны;

– для уменьшения отека следует применять гипотермию (по изложенной выше методике);

– в первые двое суток после операции при болях следует применять болеутоляющие лекарственные средства, назначенные врачом;

– для благоприятного исхода и профилактики осложнений в течение указанного врачом периода времени следует строго придерживаться графика выполнения врачебных назначений, касающихся как местного (явка на перевязки), так и общего лечения (прием назначенных лекарственных средств);

– курящим пациентам необходимо разъяснить, что в первые 12 ч после операции следует воздержаться от этой вредной привычки и как минимум в 2 раза сократить число выкуриваемых сигарет в течение двух последующих суток, так как курение, препятствуя свертываемости крови и замедляя процессы заживления лунки, способно оказать отрицательное влияние как на непосредственный, так и на отдаленный результат выполненного оперативного лечения;

– при приеме пищи по истечении двух часов в течение первых суток после операции не рекомендуется использовать «соломинку», так как сосание препятствует свертываемости крови и создается отрицательное давление в полости рта;

– рекомендовать пациенту немедленное обращение в дневное время к стоматологу-хирургу в поликлинику по месту жительства, в а ночное время — в дежурную службу амбулаторного или стационарного звена при обнаружении кровотечения из лунки, значительном нарастании отека на фоне повышения температуры тела до 38 °С и более, сильных болях, которые не удается купировать при помощи рекомендованных врачом лекарственных средств;

– при наличии в полости рта швов предупредить пациента, что они будут сняты на 7–10-е сутки.

Эти рекомендации следует соблюдать и после других плановых операций, выполненных в полости рта (резекция верхушки корня, дентальная имплантация и т. д.).

Особенности наблюдения и ухода за пациентом с послеоперационной раной после проведения дентальной имплантации. Адекватное наблюдение за пациентом является частью эффективного лечения.

За день до операции назначают одно из антибактериальных лекарственных средств: Азитромицин — по 500 мг 1 раз в день, Юнидок — по 100 мг 2 раза в день, Солютаб — по 100 мг 2 раза в день, Ципрофлоксацин — по 500 мг 2 раза в день, которое продолжают принимать в течение 7 дней.

Цель гигиенических и профилактических мероприятий до имплантации — достижение максимальной стерильности операционного поля во время установки имплантата. Для этого необходимо добиться здорового состояния десны, выполнить профессиональную гигиену, провести санацию полости рта, тщательно соблюдать правила индивидуальной гигиены полости рта.

Непосредственно перед операцией полость рта пациента обрабатывают раствором антисептика или он рассасывает 1 пастилку Септолете D. На следующий день после операции пациент приходит на осмотр и ему проводится перевязка. На следующем приеме, через 2–3 дня, врач контролирует процесс заживления послеоперационной раны, через 7–10 дней после заживления раны первичным натяжением снимают швы.

В раннем послеоперационном периоде необходимо строго соблюдать предписания лечащего врача: принимать лекарственные средства, соблюдать диету (в первую неделю после имплантации зубов лучше употреблять жидкую, мягкую или протертую пищу, богатую микроэлементами и витаминами, минимально травмирующую слизистую оболочку), тщательно ухаживать за полостью рта. Поскольку слизистая оболочка в послеоперационный период весьма уязвима, во время проведения гигиенических процедур рекомендуется использовать щетку с мягкой щетиной. Чистить зубы следует осторожно, 2–3 раза в день, с использованием для полоскания раствора антисептика.

При выполнении II этапа дентальной имплантации оценивают состояние десны вокруг имплантата и стабильность фиксации последнего.

Гигиенический уход за полостью рта после установки ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты, как правило, не отличается от обычных правил гигиены полости рта, однако имеет свои особенности. Особого ухода требуют супраструктура (часть, выступающая над десной, на которой и осуществляется фиксация ортопедической конструкции) имплантата и поверхность протеза, прилегающая к десне. Чистка супраструктуры имплантата осуществляется при помощи зубной нити — флосса или суперфлосса. Зубную нить следует пропускать в пространство между супраструктурами и вокруг них и возвратно-поступательными движениями из стороны в сторону снимать зубной налет с латеральной и медиальной сторон, а также с задней поверхности имплантата. На нить можно наносить зубную пасту — это позволяет достичь мягкой полировки поверхности супраструктуры.

Схема и последовательность динамического ухода, подготовки к операции и наблюдения за пациентом с инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи на амбулаторном приеме. Перед проведением плановой операции пациенту обязательно проведение санации полости рта, ирригации раствором антисептика (слабо розовым 0,1%-ным водным раствором перманганата калия; 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата) или использование других антисептических лекарственных средств (1 пастилки Септолете D).

После завершения первичной хирургической обработки инфекционно-воспалительного очага и постановки дренажа в полости рта на рану накладывают марлевый шарик на 15–20 мин, на поверхность кожных покровов — повязку с лейкопластырной фиксацией.

Пациенту выдается лист временной утраты трудоспособности. Ему назначают режим питания и ухода за полостью рта (все основные рекомендации подробно изложены ранее).

Пациентам в послеоперационном периоде с целью профилактики распространения инфекционно-воспалительного процесса не следует назначать физиотерапевтические процедуры.

Пациенту указывают на необходимость исключения дополнительной травмы тканей, прилежащих к послеоперационной ране, так как это может привести к инфицированию с последующим кровотечением.

В послеоперационном периоде пациент должен строго выполнять назначения врача: являться на ежедневные перевязки (включающие замену дренажей и инстилляцию раны растворами антисептиков), проводить комплексную противовоспалительную терапию, осуществлять контроль за температурой тела.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Основные функции, связанные с уходом за пациентами, выполняют:

- а) врач;
- б) медицинская сестра;
- в) младший медицинский персонал.

2. Уход за пациентом предусматривает:

- а) деонтологические аспекты;
- б) соблюдение санитарного и эпидемиологического режима;
- в) непосредственно уход за пациентом и выполнение назначений врача;
- г) проведение лечебных процедур;
- д) наблюдение за изменениями показателей организма пациента, предупреждение возможных осложнений;
- е) реабилитацию пациента после проведения хирургического вмешательства;
- ж) все перечисленное выше.

3. Медицинский персонал учреждений здравоохранения, особенно сотрудники операционного блока, палат, отделений интенсивной терапии и реанимации, послеоперационных палат должны обследоваться на носительство патогенного стафилококка:

- а) 2 раза в квартал;
- б) 1 раз в квартал;
- в) 1 раз в полгода;
- г) 1 раз в год.

4. Уход за пациентами принято подразделять:

- а) на общий;
- б) индивидуальный;
- в) специальный;
- г) смешанный.

5. Уход за пациентами, включающий мероприятия, проводимые независимо от характера заболевания, принято именовать:

- а) общим;
- б) индивидуальным;
- в) специальным;
- г) смешанным.

6. Уход за пациентами, предусматривающий дополнительные мероприятия, проводимые с учетом особенностей заболевания, называется:

- а) общим;
- б) индивидуальным;
- в) специальным;
- г) смешанным.

7. В зависимости от заболевания и применяемых методов лечения принято определять следующие положения пациента:

- а) активное;
- б) пассивное;
- в) активно-пассивное;
- г) неопределенное;
- д) вынужденное.

8. В соответствии с положением пациента определяют следующие режимы:

- а) строгий постельный;
- б) постельный;
- в) полупостельный;
- г) общий;
- д) все перечисленные выше.

9. Режим, когда пациенту разрешается вставать с постели на короткое время, именуется:

- а) строгим постельным;
- б) постельным;
- в) полупостельным;
- г) общим.

10. При осуществлении гигиены полости рта пациентам с патологией челюстно-лицевой области рекомендуют полоскания:

- а) 0,05%-ным водным раствором хлоргексидина биглюконата;
- б) 0,01%-ным раствором лекарственного средства Мирамистин или Септомирин;
- в) кипяченой водой;
- г) 0,1%-ным раствором марганцовокислого калия (бледно-розового цвета);
- д) 3%-ным раствором перекиси водорода;
- е) минеральной водой;
- ж) настоями трав (ромашки, шалфея и т. д.).

11. При уходе за полостью носа тяжелых пациентов для удаления корочек следует использовать:

- а) одну ватную палочку, смоченную вазелиновым маслом, для обоих носовых ходов;
- б) индивидуальную ватную палочку, смоченную вазелиновым маслом, для каждого носового хода.

12. При уходе за глазами тяжелых пациентов следует продвигать тампон, смоченный физиологическим раствором или кипяченой водой, по направлению:

- а) от внутреннего угла глаза к наружному;
- б) по кругу;
- в) от наружного угла глаза к внутреннему.

13. Принято выделять следующие виды искусственного питания пациентов:

- а) энтеральное;
- б) обычное;
- в) парентеральное;
- г) смешанное;
- д) энтерально-парентеральное.

14. Понятие «зондовое питание» является синонимичным определением одного из следующих видов искусственного питания пациентов:

- а) энтерального;
- б) парентерального;
- в) энтерально-парентерального.

15. Максимальное летальное значение температуры тела человека составляет:

- а) 40 °С;
- б) 43 °С;
- в) 42 °С.

16. Минимальная летальная температура тела человека варьирует в пределах:

- а) от 15 до 23 °С;
- б) от 10 до 25 °С;
- в) от 17 до 20 °С.

17. Измерение температуры следует проводить дважды в день:

- а) утром с 4 до 6 часов и вечером с 19 до 22 часов;
- б) утром с 6 до 8 часов и вечером с 21 до 22 часов;
- в) утром с 6 до 8 часов и вечером с 17 до 19 часов.

18. Лихорадка, при которой повышение температуры тела пациента находится в пределах 38–39 °С, определяется как:

- а) субфебрильная;
- б) умеренная;
- в) высокая;
- г) чрезмерная, или гиперпиретическая.

19. По длительности течения лихорадка, продолжающаяся от 15 до 45 суток, определяется как:

- а) мимолетная;
- б) острая;
- в) подострая;
- г) хроническая.

20. Для какой стадии лихорадочного периода характерны следующие клинические признаки: равновесие процессов теплопродукции и теплоотдачи; прекращение подъема температуры, ослабление озноба и мышечной дрожи, уменьшение или полное устранение спазма сосудов кожи, гиперемия кожных покровов; пациент предъявляет жалобы на общую слабость, головную боль, чувство жара, сухость в полости рта; изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — тахикардия, тахипноэ, артериальная гипотония; изменения со стороны центральной нервной системы — головные боли, бессонница:

- а) для первой (stadiumincrementi);
- б) второй (stadiumfastigii);
- в) третьей (stadiumdecrementi).

21. По предназначению повязки следует подразделять:

- а) на защитные;
- б) лечебные;
- в) давящие;
- г) иммобилизирующие;
- д) контурные;
- е) корригирующие.

22. По способу фиксации повязки следует подразделять:

- а) на клеевые;
- б) пластырные;
- в) бинтовые;
- г) трубчатые;
- д) косыночные;
- е) контурные;
- ж) давящие.

23. При каких лечебно-диагностических мероприятиях применяется закон сообщающихся сосудов:

- а) при промывании желудка;
- б) инстиляции раны;
- в) постановке очистительной клизмы;
- г) снятии швов;
- д) постановке сифонной клизмы.

24. К способам воздействия на кровообращение следует относить:

- а) банки;
- б) горчичники;
- в) инстилляцию раны растворами антисептиков;
- г) холодные компрессы или пузырь со льдом;
- д) согревающие компрессы;
- е) грелку.

25. К парентеральному введению лекарственных средств следует относить:

- а) их введение через пищеварительный тракт;
- б) инъекции;
- в) ингаляции;
- г) нанесение аппликаций;
- д) капли в нос;
- е) капли в глаз.

26. К инъекционным способам введения лекарственных средств следует относить:

- а) внутрикожный;
- б) подкожный;
- в) внутримышечный;
- г) внутривенный;
- д) внутриартериальный;
- е) внутривенный;
- ж) внутрисердечный;
- з) внутрикостный;
- и) внутрисуставный;

- к) субдуральный;
- л) субарахноидальный;
- м) все перечисленные выше.

27. При луночковом кровотечении лунку удаленного зуба следует томпонировать:

- а) ватным шариком;
- б) йодоформной марлевой турундой;
- в) дренажом из перчаточной резины.

28. Через сколько суток следует снимать швы после операций в полости рта:

- а) 3;
- б) 5;
- в) 7-10;
- г) 10-15.

Ответы: 1 — б, в; 2 — ж; 3 — б; 4 — а, в; 5 — а; 6 — в; 7 — а, б, д; 8 — д; 9 — в; 10 — а, б, г, д, ж; 11 — б; 12 — в; 13 — а, в, д; 14 — а; 15 — б; 16 — а; 17 — в; 18 — б; 19 — в; 20 — б; 21 — а, б, в, г, е; 22 — а, б, в, д, е, ж; 23 — а, в, д; 24 — а, б, г, д, е; 25 — б, в, г, д, е; 26 — м; 27 — б; 28 — в.

ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ

1. *Гребнев, А. Л.* Основы общего ухода за больными : учеб. пособие / А. Л. Гребнев, А. А. Шептулин, А. М. Хохлов. М. : Медицина, 1999. 288 с.
2. *Евсеев, М. А.* Уход за больными в хирургической клинике / М. А. Евсеев. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 192 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

3. *Балуда, М. И.* Электрические и мануальные зубные щетки — сравнительные характеристики и оценка эффективности // М. И. Балуда, Ю. А. Винниченко, О. А. Поповкина // *Стоматология*. 2011. № 6. С. 85–87.
4. *Бармуцкая, А. З.* Анализ работы челюстно-лицевых хирургов учреждений здравоохранения стоматологического профиля города Минска за 2006 год / А. З. Бармуцкая, И. О. Походенько-Чудакова, С. И. Гунько // Организация, профилактика, лечение и реабилитация в челюстно-лицевой хирургии : материалы III съезда челюстно-лицевых хирургов Республики Беларусь, Витебск, 28 фев. – 1 марта / Витебск. гос. мед. ун-т. Витебск, 2007. С. 15–16.
5. *Бахман, А. Л.* Искусственное питание / А. Л. Бахман. СПб. : БИНОМ — Невский диалект, 2001. 192 с.
6. *Биомедицинская этика*: слов.-справ. / Т. В. Мишаткина [и др.]; под ред. Т. В. Мишаткиной. Минск : БГЭУ, 2007. 90 с.
7. *Внутрибольничные инфекции* : Prevention and Control of Nosocomial Infections / под ред. Р. П. Венцель. М. : Медицина, 2004. 840 с.
8. *Волков, Л. А.* Основы ухода за больными хирургического профиля / Л. А. Волков, А. С. Зюзько. М. : АГМА, 2010. 236 с.
9. *Воробьев, А. А.* Медицинская и санитарная микробиология : учеб. пособие для студ. высш. мед. учеб. заведений / А. А. Воробьев, Ю. С. Кривошеин, В. П. Ширококов. М. : Академия, 2010. 464 с.
10. *Воробьева, Л. В.* Медицинское право : учеб. пособие / Л. В. Воробьева. Тамбов : ГОУ ВПО ТГТУ, 2010. 80 с.
11. *Ермолаева, К. Р.* Клинически значимые аспекты коллоидных препаратов в инфузионной терапии / К. Р. Ермолаева, В. В. Лазарев // *Российский вестник*. 2013. Т. 3, № 2. С. 89–97.
12. *Инфузионная терапия и парентеральное питание в хирургии* / В. В. Бойко [и др.]. Харьков, 2006. 140 с.
13. *Круглик, А. Ю.* Оценка влияния продолжительности использования зубных щеток на их характеристики / А. Ю. Круглик, М. Г. Киселев // *Современная стоматология*. 2003. № 3. С. 41–43.
14. *Лященко, Ю. Н.* Питательная поддержка больных со спинальной травмой / Ю. Н. Лященко // *Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга* / под общ. ред. Г. Е. Ивановой [и др.]. М. : Московские учебники и Картолитография, 2010. С. 371–506.
15. *Местные осложнения, возникшие после удаления зуба* [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://reces.ucoz.ru/news/mestnye_oslozhnenija_voznikajushhie_posle_uda-lenija_z/2013-06-30-62. Дата доступа : 30.06.2015.
16. *Нагноение раны после снятия швов. Снятие швов при заживлении ран первичным натяжением* [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://bbsing.ucoz.ru/news/nagnoenie_rany_posle_snjatija_shvov_snjatie_shvov_pri_zazhivlenii_ran_pervichnym_nazhazheniem/2014-07-13-60. Дата доступа : 30.06.2015.

17. *Осипова, В. Л.* Внутрибольничная инфекция : учеб. пособие / В. Л. Осипова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 240 с.

18. *Основы ухода за хирургическими больными* / А. А. Глухов [и др.]. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 288 с.

19. *Походенько-Чудакова, И. О.* Деонтология и этика врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. И. Абаимова. Минск : БГМУ, 2004. 44 с.

20. *Походенько-Чудакова, И. О.* Состояние вопроса профилактики, диагностики и лечения осложненной дентальной имплантации на современном этапе / И. О. Походенько-Чудакова, Т. Л. Шевела // *Стоматолог*. 2015. № 1 (16). С. 48–51.

21. *Практикум по курсу общей хирургии* / П. Н. Зубарев [и др.]; под ред. П. Н. Зубарева. СПб. : ФОЛИАНТ, 2004. 240 с.

22. *Промывание желудка* [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://helpiks.org/2-75543.html>. Дата доступа : 30.06.2015.

23. *Снятие повязки* [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.medchitalka.ru/surgery/tehnika/obch/25023.html>. Дата доступа : 30.06.2015.

24. *Снятие послеоперационных швов* [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://mc-femina.blizko.ru/products/47539412-snyatiye_posleoperatsionnykh_shvov. Дата доступа : 30.06.2015.

25. *Снятие шва* [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.medchitalka.ru/surgery/tehnika/obch/25031.html>. Дата доступа : 30.06.2015.

26. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. Киев : Медицинская литература, 2002. 947 с.

27. *Торопова, А.* Что делать после операции в полости рта [Электронный ресурс] / А. Торопова. Режим доступа : http://www.medicinform.net/stomat/stom_pop24.htm. Дата доступа : 30.04.2015.

28. *Шевченко, А. А.* Клинический уход за хирургическими больными. «Уроки доброты» : учеб. пособие / А. А. Шевченко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 416 с.

29. *Энтеральное питание у реанимационных больных* / Р. Б. Мумладзе [и др.] // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2009. Т. 4, № 5. С. 43–46.

30. *Эффективность гигиены полости рта при использовании электрических и мануальных зубных щеток* / М. С. Патрушева [и др.] // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 7. С. 345–348.

31. *Donovan, S.* St. Agnes of Bohemia. In *The Catholic Encyclopedia*. [Electronic resource]. New York : Robert Appleton Company. Retrieved April 28, 2015 from New Advent. Mode of access : <http://www.newadvent.org/cathen/01213b.htm>. Date of access : 06.04.2015.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Общие положения по уходу за пациентами	5
Деонтологические аспекты.....	5
Соблюдение санитарного и эпидемиологического режима медицинским персоналом.....	6
Общие понятия ухода за пациентами.....	9
Уход за полостью рта пациентов с хирургической патологией в челюстно-лицевой области.....	9
Питание пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.....	11
Уход за лихорадящими пациентами.....	12
Десмургия челюстно-лицевой области и шеи.....	18
Выполнение лечебно-диагностических мероприятий.....	31
Уход за пациентами после операций, выполненных в челюстно-лицевой области и на шее в амбулаторных условиях	46
Самоконтроль усвоения темы	50
Литература	56

Учебное издание

Походенько-Чудакова Ирина Олеговна
Чудаков Олег Порьфирьевич
Шевела Татьяна Леонидовна

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 21.06.16. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография, Гарнитурa «Times».
Усл. печ. л 3,49. Уч.-изд. л. 3,14. Тираж 50 экз. Заказ 423.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя
печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014,
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

