

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ  
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ  
КАФЕДРАСИ**

**“КЛИНИК ТИББИЕТГА ВА ТИББИЕТ КАСБИГА КИРИШ”  
(Хирургик бемор-болаларни парваришлаш)  
ФАНИ БЎЙИЧА ЎҚУВ УСЛУБИЙ  
МАЖМУАСИ**

**Таълим йўналиши**

Билим соҳаси:	500000	-	Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	-	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	-	Даволаш иши
	5510200	-	Педиатрия иши
	5111000	-	Касб таълими (5510100- Даволаш иши)

*(Даволаш, педиатрия ва тиббий-педагогика факультети 1-курс талабалари учун)*

**ЎЗБЕК ВА РУС ТИЛЛАРИДА**

## АННОТАЦИЯ

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг илк босқичи ҳисобланади. Талабалар томонидан бемор муаммоларини аниқ тасаввур қила олиш бемор парваришига ёрдам беради.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт фанига кириш фани ўқув режасининг клиник фанлар блокига таалуқли бўлиб, 1 курснинг 1-2 семестрларида ўқитилади ва синов (зачет) билан яқунланади.

- I. Фанни ўқитиш учун биология, одам анатомияси, кимё фанлари назарий замин бўлиб хизмат қилади. Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани кейинчалик ички касалликлар пропедевтикаси, болалар касалликлари пропедевтикаси, умумий хирургия ва болалар хирургияси фанлари учун назарий замин бўлиб хизмат кўрсатади.

Фанни ўқитишдан мақсад - катталар ва болалар саломатлигини яхшилаш учун зарур бўлган сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш компетенцияларини шакллантириш.

*Ўзбекистон Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2017 йил «21» августдаги тасдиқланган №474 сонли фан дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.  
(Рўйхатга олиш рақами № Б.Д. 3.01)*

**Тузувчилар:**

1. **Раупов Ф.С.** - “Педиатрия ва болалар хирургияси” кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди
2. **Ахмедов А.Т.** - “Педиатрия ва болалар хирургияси” кафедраси ўқитувчиси

**Такризчилар:**

Ўроқов Ш.Т.-Хирургик касалликлар ва анестезиология-реанимация кафедраси мудири, т.ф.д.

Мирходжаев И.А.– Госпитал ва Факультет хирургия, урология кафедраси доценти, т.ф.н.

Ушбу мажмуа ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида, 5510200-Педиатрия иши, 5111000 Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йўналишлари бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 й.

ФУК раҳбари: Ихтиёрова Г.А. - Акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.н.,  
доцент

\_\_\_\_\_  
(имзо)

## МУНДАРИЖА

1.	ЎҚУВ МАТЕРИАЛЛАРИ .....
2.	НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ .....
3.	АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ .....
4.	МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ .....
5.	ГЛОССАРИЙ .....
6.	ИЛОВЛАР
6.1	ФАН ДАСТУРИ .....
6.2	ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУРИ .....
6.3	ТАРҚАТМА МАТЕРИАЛЛАР .....
6.4	ТЕСТЛАР .....
6.5	БАҲОЛАШ .....
6.6	ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР .....

**“КЛИНИК ТИББИЕТГА ВА ТИББИЕТ КАСБИГА КИРИШ”  
(Хирургик бемор-болаларни парваришлаш)**

**ФАНИДАН 1-КУРС  
ДАВОЛАШ, ПЕДИАТРИЯ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТЛАРИ  
ТАЛАБАЛАРИГА МЎЛЖАЛЛАНГАН МАЪРУЗАЛАР РЕЖАСИ:**

- 1 Хирургик касалликлар хақида тушунча.
- 2 Хирургик беморларни операция олди ва операциядан кейинги даврларида парваришлаш асослари.

**МАЪРУЗА №1**

**ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР ХАҚИДА ТУШУНЧА.**

1. Хирургик касалларни қабул қилиш маслаҳат беришининг асосий қонуниятлари ва турлари.
2. Шифокор ва бемор мулоқотининг ахамияти.
3. Ятрогения ва эфтаназия муаммолари ва уларни хал қилишининг ахамияти.

1. Ҳар қандай касалликка даво қилишда бемор парвариши муҳим ўрин тутди. Парвариш деганда бемор ахволини енгиллаштиришга ва даволашнинг муваффақиятли чиқишига қаратилган тадбирларни тушуниш лозим. Бу тадбирлар касалликнинг тури ва характеридан қатъий назар умумий ва муайян бўлиши мумкин. Кейингисига эса хирургик беморлар парвариши, урологик, онкологик, куйиш касаллиги, стоматологик, травматологик ва бошқалар кириши мумкин. Бошқача қилиб айтганда булар махсус парвариш турларидир.

Умумий парваришнинг ҳажми беморнинг соғлиқ ҳолатига боғлиқ бўлиб, ўз ичига: ширинсуханлик ва меҳрибонлик билан беморнинг кайфиятини кўтариш, бемор ахволи устидан кузатиб бориш, беморнинг бўш вақтини ташкил қилиш, қулай ўринбош тайёрлаш ва уни тоза тутиш, беморларни ювиниб-тараниш, овқат ейиш, организмнинг физиологик эҳтиёжлари вақтида ёрдам бериш, санитария-гигиеник шароит яратиш ва уни сақлаб туриш ҳамда врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажариш каби муҳим ишларни қамраб олади. Беморларни парвариш қилиш айна вақтда касаллик туфайли дармони қуриган организмда жиддий асоратлар ривожланишига тускинлик қиладиган профилактик тадбир ҳам ҳисобланади. Айниқса хирургик беморларни парвариш қиладиганда, унинг касаллигини эмас, балки беморнинг ўзини кўз олдимизга келтиришимиз керак. «Даволаш» ва «парвариш» тушунчаларини бир-биридан ажратиш мумкин эмас, чунки улар бир-бири билан узвий боғлиқ, бири иккинчисини тўлдириб туради ва битта мақсадни кўзда тутди. Медицина олий билимгоҳи талабалари беморларни парвариш қилишда тиббий ҳамширалар билан биргаликда ишлашлари лозим, айрим ҳолларда эса баъзи тадбирларни бажаришда кичик тиббий ходим -- санитаркалар (энагалар) ёрдамидан фойдаланилади. Тиббий ҳамширанинг иши ниҳоятда масъулиятли, чунки беморни асосан улар парвариш қилишади. Ўз ишига меҳр қўйган, беморга меҳрибонлик кўрсата олган тиббий ҳамширагина яхши ҳисобланади. Бироқ бундан ташқари тиббий ҳамшира ва ишлаб чиқариш практикасини ўтаётган ёки махсус беморлар парваришига оид программа асосида дарс ўтаётган олий медицина билимгоҳи талабалари етарли даражада тиббий билимларга эга бўлиши ва қуйидаги вазифаларни адо этиши керак: а) беморларни (айниқса хирургик) врачлар, ассистентлар, доцентлар ёки профессор кўраётганда албатта қатнашиши, беморларнинг соғлиқ ҳолати тўғрисида

маълумотлар бериш; б) операция қилинган беморларнинг боғламларини (повязка) кўздан кечириб туриш, ҳар хил ажралмалар билан, айниқса қон билан ҳўлланганда дархол врачни хабардор қилиш; в) эрталаб ва кечқурун беморларнинг ҳароратини ўлчаш, термометр кўрсаткичларини температура варақасига ёзиш, бир минут ичида томир уриши ва нафас олиш сонини ҳисоблаш, диурезни, касаллик тарихига батартиб ёзиб бориш; г) врач кўрсатмаси бўйича анализлар учун материаллар (қон, сийдик, ахлат ва бошқалар) йиғиш, уларни лабораторияга етказиш, текшириш натижаларини ўз вақтида йиғиш ва уларни касаллик тарихига ёпиштириб қўйиш; д) беморларни кўриш учун касалхонага келувчиларнинг касалхона ички тартиб-қоидаларини аниқ бажариши устидан кузатиш; е) қайси аъзо операция қилинганига қараб парҳез талабномаларини тузиш ва беморларнинг ўзларига белгиланган парҳез таомлари олишлари устидан кузатиб бориш; ё) операция қилиш керак бўлган беморлар учун асосан қон, дори-дармонлар, боғлов материали ва беморларни парвариш буюмларига талабномалар тузиш ва бўлим ҳамширасига топшириш.

Тиббий ҳамширанинг вазифаларидан бири бемор психикасини имкон борича эҳтиётлашга ва даволашнинг таъсирчанлигини оширишга қаратилган, тиббий ходимларнинг хатти-ҳаракати принциплари тўғрисидаги фан — тиббий деонтология қоидаларига пухта риоя қилиш ҳисобланади. Бемор билан хушмуомалада бўлиш ва унга меҳрибонлик қилиш, бемор ножўя хатти-ҳаракат қилганда ўзини тута билиш, бемор ва унинг яқин қариндошлари билан мулойимлик билан гаплашиш, врачга сиполик билан мурожаат қилиш ва унинг танқидий фикрларига босиқлик билан кулоқ солиш — тиббий ҳамширанинг асосий фазилатларидан бўлиши керак. Тиббий ҳамшира беморга ҳам, унинг қариндошларига ҳам ҳеч қандай ортиқча маълумотлар бермаслиги керак.

Бемор ҳузурида парвариш жараёнида вужудга келадиган асоратлар тўғрисида гапирмаслик ва даволаш жараёнида рўй бериш эҳтимоли бўлган камчиликларга диққатни жалб қилмаслик керак. Аксарият тиббий ҳамширанинг беморга даволовчи врач келгунга қадар шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишига тўғри келади. Агар тиббий ҳамшира даволаш муолажаларининг техникасини яхши билмаса у бундай ёрдамни кўрсата олмайди. Шунинг учун техникавий кўникмаларни доимо такомиллаштириб бориш ҳамширанинг вазифаси ҳисобланади. Тиббий ҳамшира даволаш муассасасидаги тартиб-интизомни сақлаб туриш ва кичик тиббий ходимдан ҳам унга риоя этишини талаб қилиши керак. Тиббий ҳамширанинг врачга муносабати уларнинг умумий ишни қилаётганлиги ва умумий мақсадга интилаётганлиги билан белгиланади. Интизомли, ҳаракатчан, саранжом-сарийшта ва озода тиббий ҳамшира врачнинг яхши ёрдамчисидир. Бироқ врачнинг яхши ёрдамчиси бўлиши учун тиббий ҳамшира врачнинг ҳар бир кўрсатмасидаги маънони яхши тушуниб олиши ва уни онгли бажариши лозим. Бунинг учун у тиббий адабиётларни доим ўқиб бориб, олган билимларини такомиллаштириб туриши лозим. Тиббий ҳамшира врачнинг у ёки бу кўрсатмасининг зарурлигини тушуниб етганидан кейингина беморга тайин қилинган давонинг фойда бўлишига уни ишонтира олади. Тиббий ҳамшира ўзининг ҳамма шубҳаларини врачга маълум қилиши керак. Бундан ташқари, ўзининг хатти-ҳаракати билан врачнинг обрӯ-эътиборини мустаҳкамлаши, беморда врачга бўлган ишончини қувватлаб туриши керак.

## ХИРУРГИЯ ВА ХИРУРГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИДА ДЕОНТОЛОГИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Деонтология — тиббий этиканинг бир қисми бўлиб, грекча «деон» — бурч ва «логос» — таълимот демакдир. Деонтология — бу кичик, ўрта маълумотли тиббий ходимлар ва врачларнинг тиббий муассасаларда ва бошқа шароитларда беморлар ва уларнинг қариндош-уруғлари билан муносабатда ўзларини қандай тутишлари кераклигини ўргатади. Медицина деонтологияси катта бир йўлни босиб ўтди.

Деонтологиянинг асосий принциплари эрамизгача бўлган 460—377 йилларда Гиппократ таърифлаган эди: «Ўз ҳаётини тиббиёт фанига бағишлаган киши аввало куйидаги фазилатларга: беғараз, камтар, доно бўлиши, соғлом ақлга эга бўлиши керак». Хирургиямиз босиб ўтган йўлга бир назар ташласак, оддий жарроҳларимиздан бошлаб буюк хирургларимиз ҳам медицинанинг ахлоқ ва маънавий нормаларининг ривожланишида ўзларининг катта ҳиссаларини қўшганлари ва қўшиб келаётганлигининг гувоҳи бўламиз. Хирургиямиз асосчиларидан бўлган Н.И.Пироговни хирургияга қанчалик меҳр-муҳаббат қўйганлигини, ёш авлод—врачларни ҳам катта маънавий руҳида тарбиялаганлигини ҳамда уларда беморларга нисбатан чуқур ҳурмат ва муҳаббат уйғота олганлигини мамнуният билан мисол қилиб олсак бўлади. Ватанимиз ҳарбий хирурглари Н.И.Пирогов анъаналарини давом эттириб, иккинчи жаҳон урушида 72,6% жароҳат олган кишиларни даволадилар ва ҳаётга қайтардилар. Хирурглар ишининг нақадар қийин эканлигини тушуниб етишимиз керак. Ҳар кунлик иш жараёнида хирург жуда ҳам моҳирлик билан иш тутиши зарур, чунки у хирургик бемор ва уларнинг қариндош-урурларига касаллик диагноздан тортиб токи операциягача ва ҳаттоки операциядан кейинги парвариш давригача бўлган муолажаларни усталик билан тушунтириб бермоғи лозим. Хирург учун шундай қийин дамлар бўладики, у барча тажриба ва имкониятларини ишга солиб, бемор ҳаёти учун хавfli ва айни вақтда қилиниши зарур бўлган операцияларни бемор ва унинг қариндошларига етарли даражада тушунтира билиши керак. Хирургнинг эса бундай ишларни мукамал ҳал қилишига киришиши зарурий ҳолатдир. Бундай вазиятларда хирург бемор киши, унинг қариндош-уруғлари, коллектив ва ҳамкасблари олдидаги катта масъулиятни ҳамда маънавий жавобгарликни сезиши керак. Хирург фаолиятига таниқли хирург Л. Лериш катта баҳо бериб ёзган эдики: «Кимки бир минут ичида вазиятни баҳолай олмаса у хирург бўла олмайди, ҳар қандай операциядан олдин гумонсираб турса ишончсиз кишига ўхшаб қолади, қалб одамни ҳамма вақт олдинга ундаб туриши керак».

Одамлар орасида «қўли енгил хирург экан», «киши доим ўнгидан келади» деган ибораларни эшитамиз. Албатта, истеъдод билан билимни инкор этиб бўлмайди, ҳар иккаласи хирургда қўшиб олиб борилса «хирургик бахт»нинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Афсуски, шундайлар ҳам борки, улар ўзларининг хирургик фаолиятида фақат енгил хирургик беморларни танлаб операция қиладилар ва оғир хирургик беморлардан узоқроқ бўлиб, шу тариқа обрў-эътибор қозонмоқчи бўладилар. Афсуски, бундай хирурглар халқ олдида ҳам, ҳамкасблари олдида ҳам шон-шуҳратга эга бўла олмайдилар. Н.И.Пирогов «хирург бахтини» тўрт нарсадан деб билади: биринчидан — касаллик ҳақида ишонч; иккинчидан — операция қилиш вақтини яхши белгилаш, куп ҳам эрта, ёки куп ҳам кечга қолдирмаслик, бемор кайфиятига яхши таъсир этиш, ундаги кўрқиш ва ишончсизликни йўқотиш; учинчидан — нафақат операцияни яхши бажариш, ҳатто унинг асоратларга олиб келмаслик чора-тадбирларини кўриш; тўртинчидан — кейинги даволаш жараёнини кунт ва матонат билан олиб боришдан иборат. Т. Бильрот хирург билан терапевт орасидаги фарқни қуйидагича исботлайди: «Врачи севадилар, хирургдан кўрқадилар, демак биринчиси ўзининг рецепти билан бемор аҳолини енгиллаштиради, иккинчиси эса, аксинча, оғрик олиб келади». Ҳақиқатдан ҳам, ҳозирги замон хирургияси оғрикка қарши кўп ютукка эришсада, лекин кўп нарсалар ҳозиргача ҳам муаммолигича қолмоқда. Хирургнинг катта-кичик хирургик муолажалар бажаришидан қатъий назар, у ҳамма вақт касалга кам оғрик келтириш йўллари йўлаши керак. С.И.Спасокукоцкий талабаларга лекция ўқиб турганида бемор ярасидаги боғлам ечилганда бир томчи қонни кўриб врачдан «Бу нима?» — деб сўраб, ўзи жавоб қилган экан: «Бу врачнинг нолаёқатлигидан грануляциянинг қон аралаш ёшидир».

Ҳозирги замон хирурглари асептика ва антисептика қоида ва қонунларига амал қилишлари шарт. Бу тўғрисида жуда кўп адабиётлар мавжуд, аммо хирургнинг хирург-субординаторларнинг ушбу асосланган методларга амал қилмасликлари, операциядан

олдин кўлларини шошма-шошарлик билан ювишлари, боғловхонада ярани «боғлаш жараёнида кўйилган хатолар асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Хирург нафақат ишда, уй-рузғорда ҳам, ҳаётда ҳам кўлини ҳар хил ифлосланишлардан сақлаши керак. Очик, ҳимояланмаган кўл билан ховлида ишлаш, кўл териси шикастланишига олиб келадиган юмушлар бажаришда эҳтиёт бўлиши керак. Шундай ишлар бажарилган тақдирда ҳам дарҳол кўлни тозаловчи моддалар билан ювиш шарт. Ҳозирги замон хирургиясининг жадал суръатлар билан ривожланиб кетиши, айниқса трансплантология — одам аъзоларини кўчириб ўтказиш соҳасидаги америкалик жаррохларнинг бирданига «юрак-ўпка», «юрак-ўпка-жигар» операцияларини бажаришлари медицина деонтологиясида ҳам бир қанча муаммоларни юзага келтирди. Хирург, реципиент ва донор ёки донор қариндош-уруғлари билан реципиент ўртасидаги муносабатлар шулар жумласидандир. Бутун оламга машҳур хирург Н.М.Амосов ҳам юракни кўчириб ўтказишга рухсат олгач автомобил ҳалокатидан ўлган ёш қизнинг юрагини олиб касал беморга ўтказишни унинг қариндош-уруғларидан сўрашга журъат эта олмаган. Бу эса трансплантологияда деонтологиянинг қийин ва мураккаб ахлоқий ва маънавий масалаларидан ҳисобланади.

Бундан ташқари, хирургияга янги асбоб-ускуналарнинг кириб келиши ҳам деонтология соҳасида мураккаб вазифаларни вужудга келтирди. Мисол тариқасида шуни айтиш керакки, сунъий қон айланиш аппаратини (АИК) хирургияда кўлланишида уни ишга тушириш учун врачлардан ташқари инженер-механиклардан иборат катта бир бригада ишлаши керак. Ҳар хил касб эгаларининг бир тан, бир жон бўлиб ишлашларини таъминлаш ҳозирги шароитда қийин муаммолардан ҳисобланади.

Хулоса қилиб айтганда хирургия соҳасидаги деонтология муаммолари ўз актуаллигини йўқотгани йўқ, аксинча, ҳар бир медицина ходимидан, айниқса, талабалардан, ҳаттоки ҳамширалардан ҳам ўз соҳасини жонкуяри, билимдони бўлишни талаб этади. Беморга тўлиқ ҳамдардлик қилинади, унинг ахволини тушунгандагина бемор билан тиббиёт ходими ўртасида давонинг наф беришига ишонч, самимий муносабат ўрнатилиши мумкин. Мехрибонлик, маънавий ёрдам, самимийликнинг фойдаси дори моддалардан кўра кўпдир. Яъни ўтмишда тиббиёт ҳамширасини «шафқат ҳамшираси» деб бежиз айтишмаган. Азоб чекаётган одамга раҳм қилмайдиган, бепарво, худбин одамнинг тиббиёт муассасасида ишлашига йўл қўйиб бўлмайди.

Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда, беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини: оғир ўй-фикрлардан холи қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, кўнглида соғайиб кетишга ишонч уйғотиши керак. Бунда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини ва мазкур фурсатдаги ахволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса («Сал оғрийдию, лекин кейин енгил тортасиз» — деб), бошқасини ҳар хил гап-сузлар билан андармон қилиш керак бўлади. Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугагини сўрашади. Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай яқунланишига келганда ҳамиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак. Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва кўрқинч уйғотадиган: «шок», «агония», «қон туфлаш», «гематома», «коллапс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак. Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сузларни эшитиб, кўнглига туғиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг ахволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳо «беморлар бетоқат, давондан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-хуш айниб қолиши, галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта



тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап талашиб ўтириш ярамайди, лекин даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга аҳволи унча оғир бўлмаган беморлар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: палаталарда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар. Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари интизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо қўполлик қилмасликлари керак. Бемордан дардининг бедаволигини ёки аҳволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдаи олдин врач билан маслаҳатлашиш керак. Айниқса телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб врач билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим. Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулойимлик билан» лекин қатъиян рад этмоқ керак. Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда ҳар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

**Тиббий этика** – тиббиёт ходимларининг ахлоқий меъёрлари тўплами.

**Деонтология** – тиббий мутахассисларнинг ўз вазифаларини бажаришдаги ахлоқий меъёрлар тўплами.

**Шифокор ва бемор.** Шифокорнинг асосий мақсади – беморнинг соғлиғини яхшилашдир. Шифокор ҳар бир беморга индивидуал ёндашиши керак. Шифокор муносабатида ҳар бир беморнинг умумий ҳолати, характери, маданияти, маълумоти ҳисобга олиниши керак. Баъзи бир гуруҳ инсонларга, айниқса ёш аёлларга эътиборли, хушмуомала бўлиш, керак бўлганда хушомад қилиш керак. Бошқаларга, айниқса армияда хизмат қилган эркакларга, қаттиқ, буйруқ оҳангида гапириш керак. Учинчи гуруҳга, интеллектуал даражаси паст инсонларга, касалини, бажариладиган операциясини оддий, бемор тушунадиган сўзлар билан тушунтириш керак. Энг асосийси хирург беморга, унинг тузалишини хошлаётганини, даволай олишига ишонишини ва даволаш самарали бўлишини кўрсата билиши керак. Ҳамма ҳолатларда беморларга далда керак, лекин шифокор албатта беморга унинг аҳволи жиддийлигини, асоратлар бўлиши мумкинлигини айтиб ўтиши керак. Истисноли ҳолатлар ҳам бор, булар онкологик беморларда бўлади. Шифокор, хаттоки энг кичик ўзгаришларни ҳам беморга билдириши керак, бу беморга далда бўлади. Шуни эътиборга олиш керакки, ҳар қандай инвазив муолажалар учун беморнинг ёзма розилиги керак ва у касаллик тарихига қўшиб қўйилади. Касаллик тарихида беморнинг имзоси бўлмаса, беморнинг қариндошлари томондан иш судда юридик кўриб чиқилиши мумкин.

**Шифокор ва беморнинг қариндошлари.** Беморнинг энг яқин қариндошларига (1-катор қариндошларига) шифокор касаллик характери, операция тури, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, операциянинг хавфи томонлари ҳақида маълумот бериши керак.

**Энг яқин қариндошлар қуйидагилар ҳисобланади:**

- Беморнинг аёли
- Беморнинг фарзандлари
- Беморнинг ота-онаси

Булардан бошқа қариндошлар ва танишларга, улардан томонидан сўров бўлганда, бемор ҳолати ҳақидаги умумий маълумотлар берилади. Қуйидаги қоидага қатъий амал қилиш керак: Юридик кучга эга бўлган операцияга розиликни фақат беморнинг ўзи бериши мумкин. Фақатгина бемор хушсиз ҳолатда бўлганда, рухий касаллик натижасида мустақил қарор қабул қила олмаганда, вояга етмаган болаларда операция қилишга розиликни яқин қариндошлар беради. Шифокор- хирург беморнинг яқин қариндошлари билан доимий

контактда бўлиши керак. Бу летал ҳолатларда турли хилдаги шикоятлар ва кўнгилсизликларнинг олдини олади.

**Онкологияда деонтология масаласи.** Шифокор-хирург рак билан касалланган бемор билан суҳбатининг дастлабки дақиқаларидаёқ беморни тузалиши мумкинлигига ишонтира олиши керак. Ҳозирги кунда беморга рак билан касалланганлигини айтиш- айтмаслик тўғрисида дискуссиялар кетмоқда. Юридик нуқтаи назардан бемор ўзининг касаллиги тўғрисида барча маълумотларни билишга ҳаққи бор. Фарбий Европа давлатлари ва Америкада беморга у рак билан касалланганлиги тўғрисида аниқ хабар беришади. Лекин кўпгина рак билан касалланган беморлар касаллик ривожланиб бориши мумкинлигини ўйлаб психологик тушкунликка тушиб қолишади. Шунинг учун кўпгина хирурглар аввал қўлланилган усулни қўллаб, бемордан касаллигининг характерини яширишади. Тиббий маълумотномаларда диагноз лотин тилида ёзилади, беморлар химиотерапияни ўташ учун умумий профилли палаталарга госпитализация қилинади.

**Шифокор сири.** Шифокор ва бошқа тиббиёт ходимлари ўзларининг касбий бурчларини бажараётган вақтларида уларга маълум бўлган беморнинг касаллиги, оилавий ва жинсий ҳаёти ҳақидаги маълумотларни тарқатмасликлари керак.

Илмий изланишларида беморнинг фамилиясини, унинг расмларини юзини яширмаган ҳолда демонстрация қилмасликлари керак.

Шу билан бир қаторда шифокор инфекция, венерик касалликларда, захарланишларда санитар органларга хабар бериши керак; Қотиллик юз берганда, травмаларда, ўқ отар ва бошқа қуроллар билан жароҳатланган беморлар бўлганида тергов ходимларига хабар бериши керак.

Шифокор бемор ишхонасига, агар у бу соҳада касаллиги туфайли ишламаслиги керак бўлса хабар бериши керак (озик-овқатлар билан боғлиқ соҳаларда туберкулёз (сил) ва венерик касалликли беморлар, хайдовчиларда эпилепсия аниқланса)

**Тиббий муассасада ходимлар ўртасидаги муносабатлар.** Тиббиёт муассасалари ходимлари ўртасидаги муносабатлар умуминсоний ахлоқнинг қуйидаги тамойилларига мувофиқ бўлиши керак:

- ҳалоллик,
- самимийлик,
- тажрибали ва ўзидан катта ҳамкасбига ҳурмат ва бўйсиниш ва ҳ.к

Тиббиёт муассасаларида беморнинг иложи борича руҳий ҳолатини шикастламайдиган ва шифокорга ишонч муҳитини яратадиган вазият бўлиши керак. Раҳбарларнинг сурбетлиги ва ҳурматсизлиги, ходимларнинг унга кўр-кўрона бўйсунуши, хатоларни кўрмаслиги тиббий хизмат сифатини пасайтиради. Бир томондан, шифокор хатосини бемор қариндошлари билан муҳокама қилмаслиги керак, бошқа тарафдан ҳар хил конференцияларда шифокор тактикасини муҳокама қилиш хатоларни тўғирлашга ва тиббий ёрдам сифатини оширишга олиб келади.

**Шифокор ва жамият.** Жарроҳлик клиникасида замонавий илмий ютуқларни амалиётга татбиқ этиш жараёни доимо бўлиши керак. Устозлик тамойилига риоя қилиш керак: тажрибали жарроҳ ёш мутахассисга таълим беради. Қуйидаги асосий тамойил – қарор қабул қилишда мантикий жавобгарлик: ташхис ноаниқ бўлса, у ҳолда профессионал тажрибали мутахассис таклиф қилинади. Шу билан бирга, агар жарроҳ мустақил қарор қабул қилаолмаса, унинг беморлари қолмайди. Юқори, ўрта ва кичик тиббий ходимлар ўртасидаги муносабатлар ўзаро ишонч ва бир-бирига ҳурматга асосланган бўлиши керак. Шу билан бирга, қарорни қабул қилишда таниш-билишчиликка йўл қўйилмаслиги лозим.

Бундай беморлар билан, улар тиббий ходим томонидан парвариш қилинаётганда алоқа ўрнатилса мақсадга мувофиқ бўлади. Шу билан бирга, беморнинг кайфиятини ҳар томонлама кўтаришга ҳаракат қилиш керак.

Ҳамшира ҳеч қачон беморга ёки даволаниш жараёнида иштирок этмаётган бошқа шахсга касаллик тарихини кўрсатмаслиги керак. Тиббий ходимлар даволаётган шифокор руҳсатисиз унинг касали ҳақида маълумот берганда нохуш ҳолатлар бўлгани кўп кузатилган.

«**Шифокор сири**» деган тушунча бўлиб, уни ҳеч ким бекор қилмаган. Тиббий деонтологиянинг энг жиддий муаммоларидан бири тиббиёт ходимлари ва жамият ўртасидаги муносабатдир.

Тиббиёт муассасаларида масъул ходимларни, тиббий муассасага моддий ёрдам кўрсатишга қодир бўлган саноат ва йирик қишлоқ хўжалиги корхоналари вакиллари ўз ичига оладиган тиббий муассасаларда васийлик кенгашларини ташкил этиш зарур. Ўз навбатида, тиббий муассасалар корхоналар ходимларини даволаш ва диагностика қилиш бўйича мажбуриятларни олади.

Тиббий ходимларнинг корпоратив этикасини, шифохонада ҳар хил мутахассислардан ташкил топган жамоа ишлашини, тиббиёт муассасасининг ижобий баҳоланиши барча ходимларнинг яхши номидан келиб чиқишини унутмаслик керак.

### **Тиббий ходимларнинг ўзини тутиш қоидалари.**

Тиббий ходимларнинг ўзини тутиши қуйидаги умумий қоидалардан иборат бўлиши мумкин:

1. Тиббиёт ходимлари дид билан, тартибли кийинган бўлиши керак;
2. Сочни тиббий қалпоқ тагига йиғиб олиш керак
3. Тирноқлар калта олинган бўлиши керак;
4. Ортиқча косметика ва тақинчоқларга йўл қўймаслик керак;
5. Парфюмлардан фойдаланишни чеклаш керак, айниқса ўткир ҳидли бўлганларни (субъектив ёқимсиз ҳиссиётларга қўшимча равишда, беморда аллергик реакцияни ривожланиши, бронхиал астма хуружи ва бошқаларга сабаб булиши мумкин булганларни);
6. Тиббий ходим ўзининг юз ифодасини, суҳбат ва хатти-ҳаракатларнинг услубларини доимо назорат қилиши жуда муҳим; шифокор ўзини меҳрибон ва хотиржам тутиши беморнинг руҳига ижобий таъсир кўрсатади ва даволашнинг муваффақиятига ишонч ҳосил қилади;
7. Таъсирчан, осонгина жахли чиқадиган ёки аксинча, контактсиз, депрессия билан оғриган беморга ғамхўрлик қилаётганингизда, сабр-тоқатли бўлишингиз керак, беморнинг ахволини яхшилаш учун ҳамма нарса қилинаётганлигини қайта-қайта таъкидлашингиз керак. Бундай беморлар билан алоқа қилишда беморни соғайиши ҳақидаги ҳар- хил маълумотларни турли нуқтаи назарлардан қайта-қайта такрорлаш керак; Оғир, тузалиш имконияти йўқ, атроф-муҳитга бефарқ беморлар билан алоқа қийинчиликлар туғдиради (онкологик профилдаги нооперабел ёки инкурабел беморлар, юрак қон-томир оғир патологияси билан оғриган беморлар, инсулт натижасида ҳаракатлана олмаган, бу тушунча нафақат шифокорлар, балки даволаш жараёнида қатнашадиган барча соғлиқни сақлаш ходимлари учун ҳам амал қилади.

Тиббий ходим телефон қилган шахс ўзини қандай таништиришидан қатъий назар, телефон орқали бемор ҳақида ҳеч қандай маълумот бермаслиги керак.

### **Эвтаназия муаммоси.**

Эвтаназияни 2 хил тури мавжуд: фаол ва пассив.

**Фаол эвтаназия.** Бунда беморнинг ўзи ёки яқинлари кўрсатмасига асосан беморга ортиқча азоб бермаслик учун ўлдириш назарда тутилади. Бу шифокор фаол ҳаракати билан ёки «**тўлик шприц усули**» орқали амалга оширилади. Шунга ўхшаш ҳолатлар кўпчилик давлатларда таъқиқланган ва қасддан ўлдириш деб ҳисобланади.

**Пассив эвтаназия.** Пассив эвтаназия – жуда қийин бўлган даво муолажалари қўлланилишини чегаралаш ва қўлламастик, қайсики уларнинг қўлланилиши бемор ҳаётининг узайишига олиб келиши мумкин, лекин дарддан тўлиқ соғаймайди. Бошқача қилиб айтганда «**кечиктирилган шприц усули**». Бундай ҳолатлар айниқса ўта оғир бўлган беморлар, тузалмас ўта оғир касалликлар, декортикацияда ва туғма оғир нуқсонларда ҳозирги кунда жуда долзарблигича қолмоқда. Бундай ҳолатларда шифокорларининг бу усулни қўллаши ва мақсадга йўналтирилганлиги ҳозиргача жамиятда ўз ўрнини топмаган ва кўплаб давлатларда бундай хатти-ҳаракатлар тавсия қилинмайди.

# ЎЗБЕКИСТОНДА ЭВТАНАЗИЯ ҚАТЪИЯН ТАҚИҚЛАНАДИ !!!

## **МАЪРУЗА №2**

### **ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ДАВРИДА ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРЛАРИДА ПАРВАРИШЛАШ АСОСЛАРИ.**

- 1. Хирургик беморларни операция олди даврида ва операциядан кейинги даврда шифокорнинг бемор билан мулоқотининг ахамияти.*
- 2. Антисептика ва асептика қонуниятларини ўрганиши.*
- 3. Шахсий гигиена ва шифохона ички инфекцияси хақидаги маълумотлар.*
- 4. Терминал беморлар ва уларни парваришлаш асослари.*

Парвариш деганда боланинг асосий ҳаётий эҳтиёжларини қониқтиришда (овқат ейиш, ичимлик ичиш, ҳаракат қилиш, ичак ва қовуқни бўшатиш ва б.) ва касаллик ҳоллари вақтида (қусиш, йўтал, қон оқиши, нафас олиш бузилиши ва б.) ёрдам бериш тушунилади. Парвариш шунингдек бемор учун осойишталик, қулай микроклим (ёруғ палата, соф ҳаво, қулай ва озода ўринбош, керакли маиший буюмлар, деворларда расмлар ва б).

Бўлимда беморни навбатчи ҳамшира қабул қилиб (ўйинлар учун хона), мактаб маршрутлари учун шароитлар яратишни ўз ичига олади. Бу оғир хирургик касалликлар билан касалланган ва узоқ вақт ётиб қолган

болалар учун айниқса муҳим. Болага касаллиги вақтида парвариш қилиш кўп жиҳатдан унинг натижасини белгилайди. Парвариш қилиш кўлами беморнинг ёши ва ҳолатига, касаллик характерига, унга тайинланган режимга боғлиқ. Парвариш бўйича ҳамма вазифалар палата тиббий ҳамширалари зиммасига юкланади. Улар шу ишларни бажаришга масъулиятли ҳисобланадилар. Тиббий ҳамширалардан ташқари, парвариш ишига қисман касал болаларнинг оналари (одатда кукрак ёшидаги болалар ва оғир ётган болаларнинг оналари), шунингдек тиббиёт олий билимгоҳларининг қуйи курсларида уқийдиган талабалар жалб этилади.

Хирургик касалликлари бўлган болаларни парваришлашда уларни операциядан олдин тайёрлаш, операция қилиш ва операциядан кейин боқиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик бўлимга тушадиган беморларнинг кўпчилиги операция қилинади. Операциядан олдинги давр улар касалхонага тушган вақтдан бошланади, бу давр ичида ҳамма нарса операция хавфини камайтириш, асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Сирасини айтганда операциядан олдинги давр операциядан олдинги тайёргарлик деган гапдир. Бу вақт ичида турли орган ва системаларнинг функционал ҳолати ўрганилади (бемор комплекс текширилади) ва операцияга тайёргарлик курилади. Бу даврдаги тадбирларни ҳар қандай операциядан олдин албатта ўтказиладиган умумий ва айрим операцияларнинг ўзида ўтказиладиган махсус турларга бўлиш мумкин. Болаларни планли операцияларга умумий тайёрлаш.

Чов ва киндик чурраси, мойк пардалари истискоси, крипторхизм, улчами кичикрок хавфсиз ўсмалар каби хирургик касалликлари бўлган беморларни касалхонага келган кунининг эртасига операция қилинади. Бундай ҳолларда болада операциядан олдинги зарур лаборатория текширувлари поликлиникада госпитализациядан олдин утказилади. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларидаги, буйрак ва синдик чиқарув йўлларидаги катта операциялар, шунингдек айрим ортопедик операциялардан олдин, махсус диагностик текширувлардан ташқари, бола организмнинг асосий, ҳаётий муҳим функциялари ҳолати аниқланади ;

Буйрак, жигар функцияси, айланиб юрган қон ва унинг таркибий қисмлари ҳажми, плазма ва эритроцитлардаги асосий электролитлар даражаси, азот баланси, гормонал

ахволни аниқлашнинг аҳамияти катта, шунингдек қон ивиш ва ивишга қарши системаларининг ҳолатини билиш муҳим. Шунга мувофиқ ҳолда беморларни операциядан олдин тайёрлаш болалар хирургик бўлимларининг ихтисослигига кўра ўз хусусиятларига эга. Операциядан олдинги асосий текширувларга: боланинг бўйи ва гавда оғирлигини ўлчаш, артериал босимни аниқлаш, қон ва сийдикнинг клиник анализи, қон группалари ва резус-омилни аниқлаш, кукрак қафаси органлари рентгенографияси киради.

Қон биохимиявий кўрсаткичларини назорат қилган ҳолда қуйидаги даволаш тадбирлари тайинланади: мақсадга мувофиқ ва кучли овқатлар, қон ва бошқа суюқликлар ва озикли аралашмалар қуйиш, витаминлар, аминокислоталар, даволаш физкультураси тайинлаш ва б. Тайёргарлик баъзан бир неча ҳафтага чўзилади.

Унинг таъсирчанлиги тўғрисида умумий ахволнинг яхшиланиши, қон кўрсаткичлари, гавда оғирлигининг ошиб бориши бўйича хулоса чиқарилади. Шунинг учун ҳам кўрсатмаларнинг мунтазам бажарилиши устидан кузатиб бориш, бола оғирлигини вақти-вақтида ўлчаб туриш керак. Болани операцияга психологик тайёрлашнинг ҳам аҳамияти катта. Болалар операциядан хавотирланадилар ва кўркадилар ва кўпинча: «Мени операция қилишларини истамайман» ёки «Мени қачон операция қилишмоқчи?»,— деган саволларни берадилар. Бундай болалар оғрик сезгиларини ёмон кўтарадилар.

Шунинг учун уларни операцияга қунт билан тайёрлаш, ҳатто дори-дармонлардан дам фойдаланиш, ота-онасини чақиртириш лозим. Тиббий ҳамшира боланинг ёмон кайфияти тўғрисида врачга ўз вақтида хабар бериши ва беморга операциянинг муҳимлиги ва зарурлигини мулоҳимлик билан тушунтирмоғи керак.

Ўта сезувчан, аллергия ва астма хуружларига мойиллиги бўлган болаларга қўшимча равишда тинчлантирадиган (триоксазин, седуксен), антигистамин (дипразин, димедрол) препаратлар тайинланади. Операциядан олдин кўрқув босадиган катта ёшдаги болаларга врач ухлатадиган препаратлар (фенобарбитал, люминал, барбамил ва б.) тайинлайди. Операциядан олдин инфекция хавфини камайтирадиган тадбирлар кўрилади: гигиеник ваннага тушиш, ич кийим ва ўринбош окликларини алиштириш, катта ёшдаги болаларда эса қилинажак операция майдонидаги сочларни қириш шулар жумласига киради. Операция куни кечқурун ва эрталаб тозалаш клизмаси қилинади.

Эрталаб болага овқат ва ичимлик берилмайди, чунки болаларда деярли ҳамма операциялар умумий оғриқсизлантириш (наркоз) остида ўтади ва бир неча қултум сув қусишга сабаб бўлиши мумкин, бу эса бемор ҳаёти учун хатарлидир. Операциядан 30—40 минут олдин ҳамма ҳолларда дори-дармонлар берилади — премедикация қилинади, бу нерв системаси фаоллигини, наркотик уйқу учун керак модда алмашинувини пасайтиради. Одатда тери остига промедол, атропин ва димедролнинг ёшга яраша бир марталик дозаси юборилади. Болаларни планли операцияларга тайёрлаш кўп жиҳатдан хирургик касаллик характери ва боланинг ёшига боғлиқ; Болаларни торакал бўлимда операция қилишга тайёрлаш. Торакал хирургия бўлимига кукрак бўшлиғида жойлашган органларнинг турли-туман касалликлари бўлган болаларни жойлаштирилади. Уларга ўпка ва плевра касалликлари, юрак ва йирик томирларнинг туғма ва орттирилган ривожланиш нуқсонлари, кўкс оралиғининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари, қизилунгачнинг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари киради. Ҳозирги вақтда торакал хирургия болалар бўлимининг амалда иккита кўриниши бор. Битта бўлимда ўпка, плевра, кўкс оралиғининг турли патологияси бўлган болалар ётадиган бўлим ва юрак-томирлар системасининг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари бўлган болалар ётадиган бўлим бўлади. Клиник текшириш методлари билан бир қаторда торакал хирургия бўлимида диагностиканинг турли-туман инструментал методлари кенг тарқалган. Улар орасида энг муҳимлари: бронхография, бронхоскопия, радионуклид диагностика, ангиокардиопульмонография ва ташқи нафас ва газ алмашинуви функциясини текшириш ҳисобланади. Тиббий ҳамшира бу текшириш методлари тўғрисида тўлиқ тасаввурга эга бўлиши керак, чунки у болани бевосита

текширишга тайёрлайди, уни ўтказишда қатнашади ва муолажадан кейин беморнинг аҳволи устидан кузатиб боради.

## БОЛАНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

Операциядан кейинги беморларни, айниқса болаларни парвариш қилишда икир-чикирларнинг узи йуқ. Бунда ҳамма нарса врач кўрсатмаларини пухта бажариш, тана ҳарорати, артериал босим, пульс тезлиги, нафас олишни мунтазам ўлчаб-ҳисоблаб бориш; ичилган ва ажратилган суюқлик миқдорини, неча марта ич келиши ва ахлат характерный қайд қилиш муҳим. Операциядан кейинги жароҳат ҳолати устидан синчиклаб кузатиш, боғлам ёки пластирни текшириб кўриш, бемор аҳволидаги ҳар қандай ўзгаришларни ёзиб бориш, оғир бемор учун махсус карта тўлдириш ва врачга мунтазам ахборот бериб туриш лозим. Қон кетиши, юрак, нафас тухташи каби асоратлар пайдо бўлганда врач келгунча зарур ёрдам кўрсатиш талаб этилади. Айниқса кичик ёшдаги болалар ўринда мажбурий вазиятда сабр-тоқат қилиб ётиш зарурлигини англаб етмайдилар. Шунинг учун бола операциядан кейин ўз саломатлигига путур етказмаслиги учун махсус чоралар кўришга тўғри келадн. Шундай чоралардан бири беморни операциядан кейин ўринда қимирламайдиган қилиб ётқизишдир. Бунинг учун боланинг оёқ-қўлларини каравотга бинт ва пахтадан тайёрланган юмшок; манжеткалар ёрдамида боғлаб қўйилади. Зарурат бўлганда болани танасидан энлик юмшок; белбоғ билан боғлаб қўйилади. Бунда қаттиқ боғлаш сира мумкин эмас, чунки бу оғриқ кучайишига сабаб бўлади, веноз қон димланиб қолади. Тери билан манжетка орасидан бармоқ бемалол ўта оладиган бўлиши керак.

Маҳкамлаб қўйиш давомлилиги боланинг ёшига ва операциядан кейинги аҳволига боғлиқ. Операциядан дастлабки соатларда беморларда наркозга жавоб реакцияси натижасида қусиш рўй беради. Шунга кўра операциядан кейинги беморларни шиоятда кунт билан кузатиб бориш лозим. Болада қусиш аломатлари пайдо бўлиши билан боланинг бошини ён томонга буриш, идиш тутиш, қусуқ массалари тушгандан сўнг оғиз бўшлиғини олдиндан тайёрлаб қўйилган стерил дока боғлам билан артиш керак. Қусиш такрорланиб туриши мумкинлигини ҳисобга олиб беморларни наркоздан бутунлай уйғонгунча ва қусиш тухтагунча кузатиб бориш зарур.

Операциядан кейин қаттиқ ташна бўладилар. Бола фақат врач рухсати билан у белгилаган миқдорда суюқлик ичиши мумкин. Болаларда операциядан кейинги яқин ўтган даврда оғриқ қолдиришга ҳаракат қилишнинг аҳамияти катта. Агар бола операцион жароҳат ёки бошқа жойдаги оғриқдан шикоят қилса, бу ҳақда зудлик билан врачга мурожаат қилиш керак.

Операциядан кейинги даврда касал боланинг умумий гигиеник парваришларнинг аҳамияти катта. Беморга операцион жароҳат соҳасини кир қилмай ёки ҳўл қилмай қўл ювиш, ювиниш, овқат ейишни ўргатиш лозим. Ўринда ётиб қолган катта ёшдаги беморларни ва илк гўдак ёшидаги болаларни тиббий ҳамшира кичик тиббий ходим билан бирга гигиеник жиҳатдан ювиб-тарайди.

Мунтазам равишда бемор танасини ҳўл сочиқ билан артиб ишқалаш, остини ювиш, курак ёшидаги болаларнинг йўрғагини янгилаш керак. Бу тадбирлар терида бичилиш ва ётоқ яраларнинг олдини олади. Оғир ётган беморлар ич кийимини тез-тез — ҳар куни ва шарт-шароитларга кўра (қусиш, ахлат, сийдик тегиши ва б.) кунига бир неча марта алиштирилади. Оғир ётган беморнинг чойшабини алиштириш ходимлардан муайян малака талаб қилади. Агар катта ёшдаги болага ёнбошига ўгирилишга рухсат этилган бўлса, аввал бошини оҳиста кўтариш ва боши тагидан ёстикни олиб қўйиши, сўнгра ёнбошга юзи билан каравот четига ўгирилишга кўмаклашиш керак. Ўринбошнинг бўш қолган ярмига кир чойшабни гардишсимон юмалатиб йирилади. Бўш долган жойига ярмигача гардишсимон кўринишдаги чойшабни қўйиш лозим.

Сўнгра беморга чалқанча ётиш ва иккинчи ёнбошга бурилишга ёрдам берилади, шундан кейин бемор юз томони билан каравотнинг қарама-қарши четида тоза чойшабда ётади. Шундан сўнг кир чойшабни йиғиштириб тозасини текис қилиб ёзилади. ёш болаларнинг урнини солишда ётган ҳолатида қўлда кўтариб турилади. Агар беморга актив ҳаракатлар қилишга рухсат этилмаган бўлса, чойшабни бошқа усулда алиштирилади. Кир чойшабни каравотнинг бош томонидан бошлаб беморнинг бошини ва гавдасининг юқори қисмини санитарка билан биргаликда кўтарган ҳолда йиғилади. Кир чойшаб ўрнига кундаланг қилиб ўралган тоза чойшабни қўйилади ва уни бўш қолган жойда ёзилади. Сўнгра тоза чойшабга ёстиқ қўйилиб унга беморнинг боши қўйилади. Иккита одам бемор чаноғини кўтаради, кир чойшабни каравотнинг оёқ томониغا суриб унинг ўрнига тозасини ёзишда давом этилади. Шундан сўнг кир чойшаб олиб ташланади. Чойшаб алиштиришнинг ҳар иккала усули ҳам ходимларнинг чакқон даракат қилишларига қарамай, беморни кўп безовта қилади ва шунинг учун баъзан уни каталкага олиб ётқизиш ва ўринбошини қайтадан ёзиш мақсадга мувофиқ, чунки бу иш билан икки кишининг шуғулланишига тўғри келади. Операциядан кейин болани парвариш қилишга қўйиладиган умумий талаблардан ташқари операциянинг қар хил турларига хос хусусиятлар дам мавжуд.

Торакал бўлимда беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги даврда операциядан кейин эҳтимол тутилган асоратлар профилактикасига катта аҳамият берилади. Операциядан кейинги даврнинг энг хатарли асоратларидан бири ўпка ателектази, ўпка коллапси ва ўткир пневмония дисобланади. Операциядан кейинги даврнинг дастлабки кунларида операцион жароҳат соҳасидаги оғриқни қолдиришнинг аҳамияти катта. Оғриқ; ҳаракатларни чеклаб қўяди, нафас амплитудасини камайтиради, йўталишга имкон бермайди, бу операция қилинган ўпка бронхларида балғам йиғилишига олиб келади. Тиббий ҳамшира оғриқ синдроми устидан доимо кузатиб бориши ва оғриқ қолдирадиган воситалар таъсири тугаши билан врачга хабар қилиши лозим. Асоратларни профилактика қилиш мақсадида беморни каравотда ҳаракатлар қилишга, балғам туфлаб туришга ундашга тўғри келади, у билан даволаш физкультураси машғулоти олиб борилади.

Ўпка қисман резекция қилингандан кейин плевра бўшлиғи дренаж ва актив аспирация қилинади. Системада доимий манфий босим вужудга келтирилиб, уни манометр билан назорат қилинади. Боланинг ёшига кўра сув устуниси ҳисобида 5—10 дан 40 см гача босимни қувватлаб турилади. Дренаж системанинг ишлаши-ни кунт билан кузатиш, ажралиб чиққан суюқлик миқдори ва характерини қайд қилиш, плевра бўшлиғидан ҳаво чиқишини назорат қилиб бориш зарур. Дренаж системада носозлик ёки бемор аҳволида ўзгаришлар сезилганда бу ҳақда зудлик билан врачга хабар бериш керак. Операциядан 2—3 кун ўтгач, ҳаво ва суюқлик йиғилиши тухтагандан сўнг дренаж система олиб қўйилади.

Хиқилдоғида кескин шиш, нафас етишмовчилиги ривожланаётган торакал беморларда шошилиш трахеостомия қилинади. Бундай беморларни айниқса катта эътибор билан асептикага риоя қилиб парвариш талаб этилади. Трахеостома атрофидаги терига кунига 2 марта йод настойкаси ёки дезинфекция қиладиган бошқа эритма суртилади, шундан сўнг устига стерил боғлам ёпиб қўйилади. Трехеостомик найчани ҳар куни алиштириб турилади. Трахеостомали беморнинг йўталиб балғам ажратиши, шунга кўра йиринг, шилимшиқ, балғам тўпланишининг олдини олиш мақсадида трехеобронхиал шох ҳар куни тозалаш турилади. Бунда шилимшиқ электр сўргичга уланган стерил катетер билан тортилади. Трахеяни яхшироқ тозалаш учун бевосита тортиш олдидан трахеостома орқали ичимлик сода эритмаси (5—20 мл) қўйилади.

Торакал бўлимда қизилунгачи кимёвий моддалардан куйган болалар беморларнинг оғир гуруҳини ташкил қиладн. Бу шикоят натижасида қизилўнгач чандиқли торайиб, ҳатто батамом тутилиб қолади. Бундай бемор овқат ея олмагани сабабли унда гастростомия операцияси қилинади (қориннинг олдинги деворида ва меъда деворида тешик очиб

меъда сунъий йўли очилади). Болани гастростома орқали овқатлантирилади, бунда унга осон хазм бўладиган юқори калорияли суюқ овқат тайинланади. Тиббий ҳамшира беморни овқатлантиради ва гастростомага қараб туради. Парваришнинг қийинлиги шундаки, гастростома атрофидаги тери тезда мацерацияга учрайди (бичилади). Ҳар гал овқатлантиришдан сўнг гастростома соҳасини озода қилиш зарур. Терини калий перманганат эритмасига (0,1%) намланган пахта ёки дока тампон билан артилади ва дока салфетка билан қуритилади. Сўнгра унга Лассар пастаси суртилади ва тоза боғлам қўйилади. Қизилунгач қисман торайганда гастростома орқали бужланади.

Абдоминал хирургия бўлимида беморларни парвариш қилиш.

Қорин бўшлиғи органларидаги операциядан кейин парваришlash операциянинг оғир-енгиллигига вақҳажмига боғлиқ. Чов чурраси, крипторхизм кабилардан операция қилинган беморлар одатда эртаси куниёқ ўрнидан туриши, хожатга бориши, операциядан олдин қандай овқатлар тамадди қилган бўлса, яна ўшаларни еявериши мумкин. Ичакка тааллуқли аппендэктомия ва бошқа операциялардан кейин ўринда ётиш режими бирмунча қаттиқ бўлади ва 3—4 кунгача беморга юмшоқ, махсус парҳез овқатлар бериб турилади. Пилоростеноз туфайли операция қилинган чақалоқ болаларга операцион аралашувидан 6 соат ўтгач соғиб олинган кўкрак сути аввалига ҳар 2 соатда берилиб, тунда танаффус қилинади, иккинчи суткадан порцияни аста-секин кўпайтириб борилади, тўртинчи суткадан эса одатдаги эмизиш режимига ўтилади.

Қорин бўшлиғида ўтказиладиган оғир операциялардан кейинги беморлар (ичак тутилиб қолишида ичакни қисман резекция қилиш, Гиршпрунг касаллиги ва б.) алоҳида диққат-эътибор ва парваришни талаб этади. Бундай ҳолларда беморнинг қаддини баланд қилиб ўтказиб қўйилади. Дастлабки 2—3 сутка ичида овқат ва суюқлик берилмай, парентерал овқатланиш тайинланади. Бурун орқали киритилган меъда зондини қолдирилади, унинг ўтказувчанлигини сақлаб қолиш учун уни ҳар 2 соатда физиологик эритма билан ювиб турилади. Агар зонд орқали шилимшиқ ёки суюқлик ажралса, унинг ажралган вақти, миқдори, характери ёзиб қўйилади ва бу ҳақда врачга хабар берилади.

Аксарият қорин бўшлиғи органларидаги операциялардан кейин газ хосил бўлиши ва ичакнинг газлардан шишиб чиқиши (метеоризм) орта боради. Метеоризмга қарши курашиш ва олдини олиш мақсадида кислородни нафасга олиш (оксигенотерапия) тайинланади, газ ҳайдовчи найча ҳўлланилади ёки гипертоник клизма қилинади. Чови операция қилинган болалар алоҳида парваришга муҳтож бўладилар. Одатда бундай беморнинг оёқларини ўринда кўтариб ва кериб қўйилади, бунинг учун махсус гипс шинадан фойдаланилади. Бола бундай вазиятда чоклари олингунча ўрта ҳисобда 8—10 кун ётади, сўнгра уни одатдаги вазиятга ўтказилади. Жароҳатга, орқа чиқарув йўлига, сийдик чиқариш каналига қўйиладиган дренажларнинг (резина, дока тилиши, найчалар ва катетерлар) ҳолати ва тўғри ишлаши устидан доимий кузатув олиб бориш лозим. Тиббий ходим бола дренажни беҳосдан чиқариб юбормаслиги устидан кузатиб бориши, ажралиб чиқаётган суюқлик характери ва миқдорини қайд қилиши лозим. Дренажни врач иштирокисиз алмаштириш ёки олиб ташлаш мумкин эмас. Човни ҳар куни кунт билан покиза қилиб туриш керак. Бола сийганидан ёки ичи келганидан кейин остини кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювиш, терисини дока салфетка билан қуритиш лозим.

Агар жароҳат атрофида яллиғланиш белгилари — тери қизариши, шиш пайдо бўлса, тезлик билан врачга хабар берилади, врач эса яллиғланишга ҳарши даво тайинлайди. Бу қодаларга амал қилинмаса, чоклар ситилиб чиқиши, йирингли жараёнлар сингари оғир асоратлар вужудга келади.

Ахлати ва сийдигини тутолмайдиган беморларга ёши ва патологик ўзгаришларнинг турига кўра индивидуал парвариш қилиш лозим. Ахлатини тутолмайдиган беморларни уч гуруҳга бўлиш мумкин:

1) орқа чиқарув йўли тешиги табиий, ичи келадиган, бироқ вақти-вақтида булғаниб қоладиган беморлар;



2) орқа чиқарув йўли тешиги табиий, ичи ўзича келмайдиган, ахлат оз-оздан чиқиб турадиган беморлар;

3) ташқи чиқарув йўли тешиги ғайритабиий бўлган беморлар.

Биринчи гуруҳга одатда ректовестибуляр ёки ректовагинал оқмалари бўлган қиз болалар киради. Одатда улар тувакка ўтириш истагини билдирадilar. Бироқ уларда оралиқ ва жинсий ёриқ доимо ахлат билан ифлосланган бўлади. Уларда сийдик чиқарув йўлларининг юқорига кўтариладиган инфекцияси ривожланиш хавфи вужудга келади, шунга кўра оралиқ ва жинсий органларини кунт билан тоза тутишга ҳаракат қилинади. Қиз болани ичи келгандан кейингина эмас, балки кунига бир неча марта кучсиз калий перманганат эритмаси билан остини ювилади. Яхши парвариш қилинмаганда оралиқ териси бичилади, бадбўй хид чиқади. Болани қаттиқ қичишиш безовта қилади.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда ич келиш истаги пайдо бўлмайди, ахлат орқа чиқарув йўли орқали доимо ажралиб туради. Бундай беморларга врач кўрсатмасига кўра кунига 2—3 марта тозалаш клизмаси қилинади. Клизмани эрталаб, нонуштадан кейин ва ухлашдан олдин қилган яхши. Бола кундузи човига боғлаб қўйилган йўргакларда бўлади, ажралиб чиқаётган ахлат ана шу йўргакларга йиғилади. Йўргак вақти-вақтида алиштирилиб, болани остини ювиб турилади. Каттароқ ёшдаги болалар буни ўзлари ўрганиб оладилар ва бошқалар ёрдамига муҳтож бўлмайдилар. Орқа чиқарув йўли тешиги ғайритабиий бўлган беморларни парвариш қилишда айрим қийинчиликларга дуч келинади. Уни қориннинг ўнг ёки чап ярмида ҳосил қилинади. Ичакни қорин девори тешигига тикиб қўйилади, ахлат массаси шу тариқа ҳосил қилинган «орқа чиқарув йўли» дан ажралиб чиқади. Ахлат оқмаси атрофидаги тери бичилиб кетмаслиги учун терини тўғри парвариш қилиш керак. Қорин терисини калий перманганат эритмаси билан ювиб ва пахта тампон билан қуритилгандан кейин унга Лассар пастаси ёки рух малҳамини мўл қилиб суртиш лозим. Ичакдан чиқаётган ахлат массасини махсус тувакка ёки қорин олдинги деворига боғлаб қўйиладиган пластик халтачаларга йиғиш қулайдир. Идиш кунига бир неча марта тозаланади, ювилади ва жойига ўрнатиб қўйилади. Сийдик тутолмаслик кўпинча ахлат тутолмаслик билан бирга учрайди, бироқ алоҳида кузатилиши ҳам мумкин. Сийдик терини баттар таъсирлантиради, ёқимсиз хид пайдо қилишдан ташқари, яхлит эрозиялар пайдо бўлишига олиб келади. Сийдик тутолмасликда уни сийдик чиқарув каналининг ташқи тешигига боғлаб қўйилган дока салфеткаларга йиғилади. Бундан ташқари, қиз ва уғил болалар учун махсус сийдикдонлар бўлади. Сийдикдон кунига 4—5 марта бўшатилади, бадбўй хидли қаттиқ чўкмани эритиш учун калий перманганат эритмаси билан ювилади. Ахлати ёки сийдигини тутолмайдиган беморларни парвариш қиладиган тиббий ҳамшира, касб-кор кўникмаларидан ташқари, андишали ва одобли, болага меҳрибон бўлиши керак. Айниқса катта ёшдаги болалар ўз дардларидан қаттиқ изтироб чекадилар ва ҳар қандай танбехдан хафа бўладилар. Тиббий ходимнинг бурчи бундай беморларнинг кўнглини кўтариш, уларда соғайиб кетишга ишонч ҳосил қилиш ҳисобланади.

## БЕМОРНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА ВА УНИНГ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Шахсий гигиена — одам баданини (териси, сочи, оғиз бўшлиғи, тишларини), ич кийим ва ўрин-кўрпа анжомлари, кийимбоши, турар жойини озода сақлашни кўзда тутати. Шахсий гигиенага риоя қилиш соғайишга, соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлашга имкон беради.

**Беморнинг шахсий буюмлари гигиенаси.** Умуман олганда, беморнинг шахсий буюмлари тўплами ўртача миқдорда камайтирилиши керак. Шундай қилиб, иложи бўлса, янги фойдаланиладиган элементлардан ва янги ишлатиладиган нарсалар: эски китоблар ўрнига

янги газета ва журналлар, қоғоз салфеткалари мато толаларининг ўрнига. Беморнинг шахсий буюмлари ёпиқ эшикли тумбаларда сақланади.

Беморнинг доимо ишлатиладиган шахсий буюмлари (кўзойнак, чандиқлар, сочлар, тиш чўткаси, тиш пастаси, совун идишида совун, карларга эшитиладиган эшитиш мосламаси, кайчи ва бошқа ) дезинфекцияга килинади. Зарурат туғилганда, беморга шахсий тиббий буюмлар берилади: чиқиндилар учун идиш, тупуриш учун идиш ва ҳоказо. Бу идишлар ишлатилганидан кейин дарҳол хонадан олиб ташланади ва яхшилаб ювилади. Бемор муолажаси тугатилгандан сўнг, индивидуал парваришlash воситалари қабул қилинган усуллардан бирига кўра дезинфекцияланади.

Хирургия бўлимида беморлар жундан тайёрланган кийим-кечак ва оёқ-кийим кийиши мутлақо мумкин эмас, чунки бундай кийимларни дезинфекция қилиш ва уларни ювиб олиш кийин. Беморнинг шахсий нарсаларини кундалик кузатуви палата ҳамширалари ва катта ҳамшираси томонидан назоратда бўлади.

#### **Бемор ўрнини тайёрлаш қоидалари.**

Бемор ўрнини тайёрлаш учун оклик ва ўринбош анжомларининг комплекти бўлиши зарур, унга тўшак, жилдлари бўлган иккита пат ёки пар ёстик, чойшаб, кўрпа билан кўрпа жилди ва сочиқ киради. Каравотга юзаси силлиқ ва қаттиқ жун ёки пахта тушак қўйилади. Ёстикларга тоза ва дазмолланган жилдлар кийдирилади. Чойшаб ва жилдларни бурма ҳосил қилмайдиган қилиб ёзиш керак.

#### **Ўринбош ва ич кийимларни алиштириш қоидалари.**

Окликларни навбатдаги санитария ювиб-тарашидан кейин одатда 7—10 кунда бир марта алиштирилади. Оғир беморларда буни катта эҳтиёткорлик билан бажарилади. Беморни аста-секин каравот четига суриб қўйилади. Агар аҳволи имкон берса, ёнбоши билан ётқизилади, кир чойшабнинг бўш турган ярмини эни бўйлаб орқага томон ўралади, бўшаб қолган жойга эса ярми ўралган тоза чойшаб ёзилади (1-расм, а, б, в). Тоза ва кир чойшаб ўрамлари ёнма-ён ётади.

Сўнгра беморни чойшабнинг тоза ярмига ётқизилади, кирини йиғиштирилади, тозасини ёзилади ва шу билан чойшаб солиш тугалланади. Агар беморга ўринда ҳаракатлар қилишга рухсат берилмаган бўлса, чойшабни бошқа усул билан алиштирилади. Аввалига беморнинг бошини бир оз кўтарилади, чойшабнинг бош томонини белга бурма ҳолида йиғилади, сўнгра оёларини кўтарилади ва шу тариқа белга чойшабнинг иккинчи учини йиғилади, шундан сўнг уни бемор тагидан эҳтиётлик билан чиқарилади. Айни пайтида иккинчи томондан узунасига иккита ўрам қилиб ўралган тоза чойшабни бел остига киритилади, сўнгра уни иккала томондан — бош ва оёқлар тагига ёзилади. Ич кийимларни алиштиришда муайян кетма-кетликка риоя қилиш керак қўйлакни елкадан юқорига кўтарилади, аввал бошдан, сўнгра қўллардан чиқарилади, уни тескари тартибда кийинтирилади — қўлакнинг олдин ени, сўнгра бош томони кийилади (2-расм, а, б).

Оёқ-қўл касалликларида ёки шикастларида ич кийимни аввал соғлом оёқ-қўлдан, кейин касал оёқ-қўлдан ечилади. Кийимни тескари тартибда, яъни аввал шикастланган оёқ-қўлга кийилади. Бемор бадан терисини парваришlash қоидалари. Беморга қарашда бадан терисининг озода бўлишини таъминлаш муҳим. Агар беморнинг аҳволи қониқарли бўлса, у душ ёки гигиеник ваннага, кўксининг юқори қисмидан ташқари, бутун гавдаси билан тушади. Ётиб қолган беморларга маҳаллий ванна тайинланади, холос.

Масалан, бемор қўл ёки оёқларини сувга солади. Сув ҳарорати + 37 — 38° С бўлади, муолажа давомлиги кўпи билан 15 минут. Оғир ётган беморларнинг юзини илиқ сувга хўлланган пахта билан артилади (сув ҳарорати + 36 — 37°С). Баданни кир совунли илиқ сувга хўлланган булутча ёки сочиқ билан қисм-бақисм: бўйин, кўкрак, қўллар, қорин, сон, оёқларни навбат билан, муайян кетма-кетликда қизаргунча ишқаб артилади. Ўриндан турмай ётадиган режимдаги беморларга эрталабки ювиниш учун тўшаги олдида илиқ сув ва тоғорача тугилади. Улар талабалар ёрдамида аввал қўлини, сўнгра юзи, буйни ва қулоқларини, қўлтиқ соҳасини, чов бурмаларини, сут безлари остидаги

бурмаларни, айникса кўп терлайдиган ва семиз беморларда цунт билан ювадилар, акс холда тери бурмаларида бичилишлар ҳосил булади.

Жинсий органлар ва орца чиқарув йули соҳаси айниқса хунт билан парваришлашни талаб этади. Юрадиган беморлар шу мақсадда сув оцими вертикал бўлган махсус унитазлардан фойдаланишади ёки бошқа усулда остини ювадилар, ётган беморларнинг остини эса суткасига камида 1 марта ювилади. Бунда бемор чаноги тагига клеёнка ёзилади. Тагга қуйиладиган судно тутилади ва тиззаларни букиб, оёқларни бир оз кериш таклиф қилинади. Оралиққа қўйгичдан илиқ сув ёки кучсиз калий перманганат эритмаси йўналтирилади. Сўнгра корнцанг билан қисиб олинган стерил пахта илиқ сув билан жинсий органлардан орқа чиқарув йўлига томон бир неча ҳаракатлар қилинади (4-расм). Бошқа пахта пиликчаси билан оралиқни қуритилади. Етиб қолган беморларда ётоқ яралар пайдо бўлиши уларни яхши парвариш қилмаслик оқибатидир.

Ётоқ яра— юза ёки чуқур яра бўлиб, қон айланишипинг бузилиши ва туқималарнинг жонсизланиши натижасида ҳосил бўлади. Уларнинг пайдо бўлишига нотекис, ноқулай солинган, камдан-кам йиғиб қайта ёзиладиган, бурмалари ва овқат ушоқлари бўлган ўринбош сабаб бўлади, қўйлак ва чойшаблардаги ямоқлар, оғир ахволдаги беморларда бадан терисининг нажас ва сийдик билан тез-тез ифлосланиб туриши сабабли бичилиши шундай яралар пайдо бўлишига олиб келади. Ётоқ яралар аксарият думғаза, кураклар, дум суяги, оёқ панжаси, энса, қуймич дўмбоқлари сингари суяк думбоқлари бўлган ва юмшоқ туқималар ўринбошда босиладиган соҳаларда вжудга келади. ётоқ яралар пайдо бўлиш жиҳатидан хавфли соҳалар камфара спирти, одеколон ёки 25% ли нашатир спирти билан ҳўланган стерил дока салфетка билан суткасига камида 1 марта ишқаб артилади, енгил массаж қилинади.

Монелик қиладиган доллар бўлмаса, беморнинг уриндаги вазиятини вацци-вацци билан узгартириб турилади. Энг кўп босиладиган жойлар тагига мато ўралган резина чамбар қўйилади. Терининг қизарган соҳаларига (ётоқ яра ҳосил бўлишининг даракчилари) 5—10% ли калий перманганат эритмаси ёки 1% ли бриллиант яшилининг спиртдаги эритмасини суткасига 1—2 марта суртилади. Бунда ҳосил бўладиган зич қатлам некрозланган участкаларни инфекция тушишдан ва намланишдан ҳимоя қилади. Врач кўрсатмаси билан Вишневский малҳами суртилган боғлам қўйилади, у битиш жараёнларини тезлаштиради. Беморнинг соч тирноқларини парвариш қилиш. Бошни 7—10 кунда илиқ сув билан совунлаб ювилади, сўнгра сочлари қуруқ қилиб артилади ва таралади (5-расм).

Сочни металлдан ясалган тароқлар билан тарамаслик керак, чунки улар бош терисини таъсирлантиради. Узун сочларни қисм ва қисм таралади. Тароқларни ҳаминша тоза тутиш натрий гидрокарбонатнинг иссиқ 2 % ли эритмасида ювиш ва вақти-вақтида этил спирти, сирка билан артиб туриш керак. Қўл ва оёқлардаги тирноқлар мунтазам олдириб (қиркиб) турилади.

#### БЕМОР ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ҚОИДАЛАРИ.

Оғиз шиллиқ пардасида ва тишларда ҳосил бўладиган қараш, шунингдек овқат қолдиқлари тиш чўткаси ёки стерил дока салфетка билан кечқурун ва эрталаб механик тозалаб турилади. Тиш чўткасини тиш оралиқларини овқат қолдиқларидан ва тишларнинг ўзини қарашдан тозалаш учун тишлар уқи бўйлаб юқори жағда — юқоридан пастга ва пастки жағда — пастдан юқорига томон юргизилади. Сўнгра тиш чўткасини илиқ тоза сув билан совунлаб ювилади, совун суртиб, кейинги гал фойдаланишга қадар қолдирилади. Қаттиқ овқатни чайнашда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши юз беради. Оғир ахволдаги беморларда бу жараён бузилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш тиш чўткасидан фойдаланишда шиллиқ парда шикастланишининг олдини олиш, уни ишқалаш, ювиш ёки чайишдан иборат.

Тишлар ва тил 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, физиологик эритмага ҳўлланган дока ёки пахта пиликчали пинцет ёрдамида артилади. Ҳар бир тишни алохида-алохида, айникса

бўйин қисмини қунт билан артилади. Юқори жар тишларни артиш учун лунж шиллик пардасида орқа жағ тишлар сатҳида жойлашган цулоҳ олди безининг чиқарув йулига инфекция тушишининг олдини олиш учун лунжни шпатель билан обдан тортиб туриш лозим.

Оғир ахволдаги беморларда оғиз бўшлиғини ҳар гал овқатлангандан сўнг резина баллон ёрдамида ювилади. Бунинг учун оғизни артишда ишлатилган дори эритмаларидан фойдаланилади. Суюқликнинг нафас йўлларига тушиши учун беморни бошини бир оз энгаштириб ўтказилади. Бўйни ва кўксини клеёнка фартук билан бекитилади, иягига эса бўйраксимон тоғорачани тутиб турилади. Оғиз бурчагини шпатель билан тортиб турилади ва ўртача босимдаги суюқлик оқими билан аввал лаб бурмаларини, сўнгра эса оғиз бўшлиғининг ўзини ювилади қайд этади, яъни исми шарифини, оилавий ахволини, касбини, турар жойи ва иш жойини ёзиб қўяди.

Кейин бемор палатага жойлаштирилади, тиббий ҳамшира бемор тушганлиги туғрисида палата врачига, тунда навбатчилик қилаётган навбатчи врачга хабар беради.

Касаллик тарихи янги тушган касаллар папкасига солиб қўйилади. Кичик тиббий ҳамшира беморни унга ажратилган жойга жойлаштиради.

Беморнинг аксарият вақти тушакда ўтишини ҳисобга олиб уни қулай ва тоза тўшак билан таъминлаш керак. Темир каравот осон ювилади, уни дезинфекциялаш осон. Каравотни беморга ҳар томонлама яқинлашиш кераклигини ҳисобга олиб ва ёнидаги каравотдан камида 1,5 м масофада қўйиш керак. Каравотни у ёки бу томонга суриш учун у ғилдиракчали бўлиши керак. Беморга ҳар хил функционал ҳолатлар бериш учун функционал каравотлардан фойдаланилади. Каравот ёнида столча бўлиши шарт. Беморларнинг ўринбош анжомлари ва кийим-кечаклари ҳафтада бир марта, гигиеник ваннадан кейин алиштирилади. Айрим ҳолларда зарурат бўлганда, бир неча марта алиштирилади. Бўлимда оқликлар бир кеча-кундузга етарли даражада жамланган бўлиши керак.

Ўринбош анжомларини, айниқса оғи беморларга тиббий ҳамшира алиштиради. Ўринбошларни алиштиришнинг ҳар хил усуллари бор. Беморга юриш рухсат этилган бўлса, кичик тиббий ҳамшира ёрдамида унинг ўзи алиштириши мумкин. Тўшакда ётадиган беморларга уни алиштириш қийинроқ. Бунинг учун чойшабни бош томондан ўраб, юмалатиб оёқ томонидан олинади. Тоза чойшабни бинт каби икки томондан ўраб беморнинг думғазаси тагидан ўтказилади, кейин бош ва оёқ томонига қараб ёйилади. Ўринбош анжомларини икки киши алиштиради.

Беморнинг қўйлагини алиштириш учун белидан бошлаб қўйлак кўтарилиб турилади, бўйнига келтириб, қўллари баландга кўтарилади ва қўйлак эҳтиётлик билан бошидан чиқариб олинади. Кейин қўлларидан чиқарилади. Кийинтириш тескари тартибда амалга оширилади: олдин енглари кийгизилади, кейин бошидан ўтказилади ва бемор тагига ёйилади. Агар беморнинг қўли жароҳатланган бўлса, аввал беморнинг соғ қўлидан, кейин жароҳатланган қўлидан ечилади.

Оғир касалларда терини парвариш қилишга алоҳида аҳамият берилади. Ўзи юра оладиган беморлар ҳар куни эрталаб ювинадилар, тишларини тозалайдилар ва ҳафтада бир марта гигиеник ванна қабул қиладилар. Тўшакда ётган беморлар бадан терисини ҳар куни дезинфекцияловчи эритмалар билан артилади. Эритма бўлмаса, терини илик сувда ҳўлланган латта билан артиш мумкин.

Тиббий ҳамшира беморнинг бурун, қулоқлари ва кўзларини ҳам парваришлаб бориши керак. Бемор тумов бўлса унинг рўмолчасини тез-тез алиштириб туриш керак. Бурун қанотларига вазелин суртилади. Қулоқ бурмаларини, унинг орқасини илик сувда совунлаб ювилади ва қуруқ қилиб артилади. Кўзни ҳар куни юз юваётганда ювилади. Бунда борат кислотанинг эритмасидан фойдаланиш мумкин. Ҳамшира яна сочлар тозаллигини назорат қилиб бориши керак. Оғир касаллар бошини 7—8 кунда камида бир марта ювиш керак. Ҳамшира беморнинг чотини юва билиши керак. Ювишда калий перманганат ёки бошқа дезинфекцияловчи эритмалар ишлатилади. Бунинг учун

корнцанг ва пахта керак бўлади. Бемор тагига (тоғорача) судно қўйилади. Чап қўлга эритма тўлдирилган кўзачани, ўнг қўлга зарасизлантирилган пахта қистирилган қисқич (корнцанг) олиб жинсий органларни орқа чиқарув тешиги томон ювилади, кейин ихуруҳ пахта билан артилади.

Беморларни ваннада чўмилтириш учун уни бемор ўтиргунча сув билан тўлдириш керак. Сув ҳароратининг бир хил бўлиши учун уни аралаштириб турилади. Заифлашган беморлар учун ярим ванна тайёрланади, яъни бемор ўтирганда сув оёқларини ва қорнининг пастки қисмини кумиб туриши керак. Агар беморга ванна тақиб қолган бўлса, уни душга туширилади. Бунинг учун ваннага тахта қўйилиб бемор унга ўтказилади. Улар ваннадаги каби бош қисмидан бошлаб ювинтирилади. Ювиниб бўлгандан кейин беморларга кўйлак, лозим, пайпоқ, шиппак ва халат берилади. Холсизланган беморларни овқатлантириш учун аввал уларга қулай ҳолат яратиш керак. Беморларни ҳамшира овқатлантиради. Бундай беморларнинг бошини кўтариб турилиб қошиқча билан бўтқа ёки суюқ овқат берилади. Сув махсус идишларда ичирилади. Айрим ҳолларда беморларни бурундан меъдага ўтказилган резина найлар (зондлар) орқали овқатлантирилади. Парҳез билан даволашнинг аҳамияти катта. У биринчи навбатда бемор организмни химиявий ва механик жиҳатдан эҳтиётлашни кўзда тутиб, айрим органлар функциясини тиклаш ёки организм учун етишмайдиган озик маҳсулотларини бериш демакдир.

Асептика — операция ёки муолажа чоғида микробларнинг ярага тушишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндиси. Ярага тегадиган ҳар қандай нарса стерил бўлиши керак. ҳатто, бажариш жараёнида тери бутунлиги бузилмайдиган (меъда ширасини олиш, меъдани зонд билан ювиш, клизмалар ва к.) муолажалар зҳам асептик шароитларда бажарилиши керак.

Асептика шахсий гигиенага риоя қилишдан бошланади. Ишга келиб кийимларни алиштириш керак. Халат, қалпоқча ёки рўмолча ювилган, дазмолланган бўлиши, беморнинг кийимбошлари ва унинг тўшаги мунтазам равишда алиштириб турилиши керак. Жаррохлик бўлимида палата ва боғлаш хоналарини хўлланган латта билан тез-тез артиб, йиғиштириб туриш керак. Ходимларнинг йўлини парваришлаган алоҳида эътибор бериш керак. Ифлос ишларни қўлқопларда бажариш шарт. Сочни қалпоқча ёки рўмолча билан ёпиш керак.

Оғиз-бурунни бекитиб турадиган 4—5 қават донадан тикилган ниқоб тутиш, операция, боғлаш хонаси, муолажа хоналарида гапиришни, юришни чеклаш микробларнинг ажралиб чиқиши ва уларнинг ярага тушиш имкониятини кескин камайтиради. Вақт-вақти билан (ҳар 10—15 кунда) хаводан, ходимлар қўлидан, томоғидан экма олиш керак бўлади. Маълумки, хирургик профилдаги бўлимлардан: умумий хирургик, ЛОР, урологик, травматологик, онкологик, офтальмологик ва бошқалар, қабулхона бўлими, операция хоналари ва анестезиология, реанимация бўлимлари билан бир бинода жойлашиши лозим, чунки улар бир-бири билан узвий равишда боғлиқдир. Ҳозирги вақтда палата бўлимларининг 44 дан ортик турлари мавжуддир.

Чет мамлакатларда, айниқса кейинги йилларда Англия, Франция ва АҚШ да айлана шаклидаги бўлимлар кўплаб қурилмоқда. Айлана шаклдаги бўлимларнинг афзаллиги уқиш жойларининг қисқариши ҳисобига ходимларнинг беморлар билан мулоқот даврини узайтиришдир. Яна шуни мамнуният билан қайд қилиш керакки, айлана шаклдаги қурилган бинода туғри бурчак шаклидаги бино бўлимига нисбатан бир-бирига ўтишда кам вақт сарфланиш афзаллиги бор.

Мамлакатимизда шундай бинолардан бири онкологик марказдир. Бўлимлар одатда 60 ўринга мўлжалланган бўлади. Айрим ҳолларда 25—40 ўринли махсус жаррохлик бўлимлари очишга рухсат этилади. Замонавий палата бўлимлари ўтиб кетилмайдиган иккита секциядан иборат бўлиши керак ва улар зал, шлюз ёки коридор билан туташтирилган бўлади. Ҳар бир секцияда 30 тадан ўрин, бир ёшгача бўлган болалар учун эса 24 ўрин бўлиши керак. Палаталар бўлимида қуйидаги хоналар кўзда тутилади

навбатчи ҳамшира пости (4 м<sup>2</sup>), муолажалар хонаси (18 м<sup>2</sup>), 6 орлов хонаси (22 м<sup>2</sup>), ошхона (ўринлар сони ўринлар умумий сонининг 50—60 фоизини ташкил қилиши керак), оқликларни саралаш ва ишлатилган оқликларни, тозалаш воситаларини сақлаш хонаси (15 м<sup>2</sup>), ванна хонаси (12 м<sup>2</sup>), клизма хонаси (8 м<sup>2</sup>), хожатхона (эркаклар, аёллар ва ходимлар учун алоҳида). Бўлимда бўлим мудирининг хонаси (12 м<sup>2</sup>), ординаторлар хонаси (10 м<sup>2</sup>), катта ҳамшира хонаси (10 м<sup>2</sup>), лужалик ҳамшираси (сестра хозийка) хонаси (10 м<sup>2</sup>) ва к. бўлиши керак. Ҳар бир клиникада профессор, доцентлар учун иш кабинета ва 10—12 кишига мўлжалланган ўқув хоналари бўлиши керак. Палаталар эса беморларнинг даволаш муассасасида ётиб даволанадиган жойидир. Жаррохлик бўлимларининг палаталарида битта ўринга 7 м<sup>2</sup>, болалар бўлимида 6 м<sup>2</sup> тўғри келиши керак. Куйганлар учун бўлимда, битта ўринга 10 м<sup>2</sup> жой тўғри келиши керак. Аксарият палаталар 4 ўринга мулжалланган бўлиши керак ва шунингдек 2 та икки ўринли ва 2 та бир ўринли палаталар ҳам бўлиши керак. Палатада ўринларнинг оптимал сони 3 та гача бўлмоғи даркор. Бир ёшгача бўлган болаларни 2 ўринли палатага, бир ёшдан катта болаларни 4 дан кўп бўлмаган ўринли палаталарга жойлаштириш керак. Бир ёшгача бўлган болалар учун катта палаталарни алоҳида боксларга бўлиш керак. Ҳар бир боксда 1—2 тадан ўрин бўлиши керак. Чақалоқлар учун ажратилган боксларга қўйилган каравотлар 2 тадан ошмаслиги керак. Бир касалга мўлжалланган ва санитария тармоғига эга бўлган палата (ярим бокслар) дан изолятор сифатида фойдаланиш мумкин. Ташқаридан алоҳида кириладиган боксларгина тўлиқ изоляция қилинади. Болалар хирургияси бўлимларида эмизикли болалар учун, бир ёшдан олти ёшгача бўлган болалар учун вақатта ёшдаги болалар учун палаталар ажратилиши керак. Катта марказларда чала қурилган чақалоқлар учун ҳам палаталар ажратиш керак.

Болалар муассасаларида:

- а) касалхона ичи инфекцияси тарқалишининг олдини олиш учун камида 25 фоиз палаталар изоляцияланган, яъни ажратилган бўлиши керак.
- б) 15—20 минут давомида беморларни эвакуация қилиш, яъни бошқа жойга кўчириш имконияти (кўплаб лифтлар, кенг зинаполяр) яратилган бўлиши;
- в) машғулотлар ва ўйин учун махсус хоналар ажратилган бўлиши керак.
- г) 20 фоизга яқин оналар учун кўшимча ўринлар ажратилиши керак.

Ҳар бир палатанинг ички бўёғи, мебеллар ва ёритилиши беморлар кайфиятини кўтаришга ва даво самарасини оширишга хизмат қилиши керак. Ҳозирги даврда касалхоналарда оқ ранг билан биргаликда бошқа ранглارни қўллаш кенг тарқалмоқда. Палаталарда ювиниш жойи ва ойналар, умумий ва ҳар бир каравот учун алоҳида ёритиш, ҳамширани чақириш системаси ва радиони қулоққа тутиб эшитиш системаси кўзда тутилган бўлиши керак. Бир ёки икки ўринли палаталар кўшимча марказлаштирилган кислород бериш ва вакуум-системалар билан жиҳозланиши зарур. Металл каравотлар билан жиҳозланган палаталар диққатга сазовордир, бу эса венага дори қуйиш учун штативлар урнатиш ва скелетдан тортиш учун мосламалар ўрнатиш имконини беради. Аксарият каравотлар функционал бўлиши керак. Палаталарда яна каравот ёнида турадиган тумбочка, кийим илгич, умумий столстуллар, цороз учун тур идиш ва деворга ўрнатилган шкаф бўлиши керак.

Ётиб даволанадиган касаллар учун каравотнинг устига кўтариб тушириладиган столлар керак бўлади. Палатада, хонада ўстириладиган гуллар ва деворларга 1—2 та тасвирий санъат намуналаридан осиб қўйиш ҳам мақсадга мувофиқдир.

Палаталар ва умуман бўлимда ҳаво ҳароратини иситиш асбоблари ёрдамида муътадиллаштириб туриш керак. Умум жаррохлик бўлимларининг палаталарида ҳарорат 20° С, болалар бўлимларида эса 22° С атрофида ушлаб турилади. Ҳавонинг нисбий намлиги 55—60 фоиз, ҳаво ҳаракатчанлиги секундига 15 м атрофида бўлиши керак. Бўлимдаги ҳамма палаталар табиий ёруғлик билан яхши ёритилиши керак, деразалар жанубга, жануби-шарқ ёки жануби-ғарбга очилган бўлиши керак. Палата эшикларида

даволовчи врач ва ҳамширанинг исми, отасининг исми ва фамилияси ёзиб қўйилган бўлиши керак.

Медицина ҳамширасининг пости унинг иш жойи бўлиб, у палатадагиларга яхши кўришиб турадиган жойда бўлиши, анестезиология, реанимация бўлимларида эса бевосита палатада жойлашиши керак. Пост дори-дармонлар, асбоблар, парвариш воситалари ва ҳужжатлар қўйиладиган шкафлар билан жиҳозланиши керак. Ҳамшира постда ўтирганида унга ҳамма палаталар яхши кўришиб туриши керак. Пост столида телефон, сигнализация стол лампочкаси бўлиши керак. Ойна тагида режим ва парҳез кўрсатилган касаллар рўйхати, температура варағи, календарь, айрим кўрсатмалар (масалан, ўмов ости венасига қўйилган катетерга ҳараб бориш, анализга материалларни олиш туғрисида), беморларни ҳар хил текширишларга, йўл-йўриқлар ва операцияларга тайёрлаш қоидалари бўлиши лозим.

Бундан ташқари, постда дорилар, ҳарорат ўлчагич, шпател, банкалар, қоғозлар, иситгичлар, ошқозонни ювиш ва шира олиш учун ишлатиладиган резина найлар (зонд) бўлиши керак. Пост ёнида тарози, бўй ўлчагич, холодильниклар туради. А ва Б рўйхатидаги дорилар муолажа хонасида сейфда сақланиши керак. Шкафда анафилактик шок ҳолатида ёрдам бериш учун мўлжалланган дорилар туриши зарур.

Касал кишининг ҳамширани чақириши ёруғлик ёки товуш сигнали орқали амалга оширилиши керак. Беморлар дам оладиган жой зал ҳисобланади. Унга 1—2 та диван, журнал столчаси, стуллар, гуллар ва рўзнома-журналлар бўлиши керак. Агар телевизор ўрнатиб ва деворларга тасвирий санъат асарлари намуналаридан осиб қўйилса яна ҳам кўркем бўлади.

Врачларнинг иш жойи ординаторлар хонасидир. Бунда ҳар хил ҳужжатлар тўлдирилади. Столлар, стуллар, китоб ва кийим-кечак учун шкаф, ювинадиган жой, ойнадан ташқари бу ерда китоб жавонлари бўлиши керак. Эълонлар тахтачасида навбатчилар рўйхати, ҳафтада қилиниши лозим бўлган операциялар, беморларни текшириш ва даволашнинг ҳар хил схемалари бўлиши керак. Ординаторлар хонасига бўлим амалий фаолиятини қилинган операциялар сони, асосий касалликлар бўйича, бўлим ҳоллари сони, бир неча йил давомида ва охириги йил, кварталлар билан) кўрсатувчи стендлар, диаграммалар на бошқа кўрсаткичларни қўйиш мақсадга мувофиқдир. Китоб жавонига жарроҳликдан, анестезиология ва реанимациядан асосий қўлланмалар қўйилиши керак.

Бўлимда фотоаппарат ва бошқа илм билан шуғулланиш учун керакли нарсалар бўлиши керак. Столда ойна тагида ҳамма ходимларнинг тўлиқ манзилгоҳи ва телефонлари бўлиши шарт. Столдаги гуллар ва девордаги тасвирий санъат намуналари хонага фақатгина жонли руҳ бағишлайди. Езув машинкаси, телефон ва селектор врачлар ишини осонлаштириш учун хизмат қилиши шарт. Операцион блок операцион зал, операциядан олдинги хона, наркоз хонаси, стерилизация хона, материаллар хонаси, асбоб-ускуналар хонаси ва бошқа ёрдамчи хоналардан иборат. Операцион блок жарроҳлик бўлимининг юрагидир, шунинг учун ҳам унга алоҳида, катта талаблар қўйилади. У палаталардан алоҳида ажратилган чеккада жойлашиши керак.

Ҳозирги замон жарроҳлик бўлимларида, одатда, иккита бир-биридан ажратилган операцион зал бўлиши керак, бу — тоза ва йирингли касалликларни операция қиладиган заллардир. Операцион зал—бевосита операция қилинадиган жойдир. Операцион зал 100 ўринли жарроҳлик бўлими учун 40 м<sup>2</sup> ли кенг, ёруғ хона бўлиши керак. Хона деворлари кафель билан қопланган, шиплари мойли бўёқ билан бўялиши, поли ҳам кафель плиталари билан қопланган бўлиши керак.

Операция қилинадиган хонада доимо ҳарорат 20-22° С бўлиши лозим. Операция хонасида операция столи, ёритгичлар, бактерицид лампалар эса деворга ёки шипга осилган бўлиши керак. Операция олди хонаси ҳамшира ва жарроҳнинг операцияга тайёрланиши учун мулжалланган. Стерилизация хонада жарроҳлик асбоблари ва эритмаларни стериллаш учун мўлжалланган стерилизаторлар ўрнатилади. Асбоб-

ускуналар (инструментал) хонаси жаррохлик асбоб-ускуналарини сақлаш учун мўлжалланади, бу ерда улар махсус ойнаванд шкафларда сақланади. Материал хонасида операцион оқликлар, боғлов материаллари (салфеткалар, шарчалар, тампонлар), тикиш материаллари стерилизация учун тайёрланади. Боғлаш хонаси — боғлашлар, айрим муолажа ва кичик операциялар ўтказишга мўлжалланган махсус жиҳозланган бўлмоғи даркор. Боғлаш хонасининг битта боғлов столига 15 м<sup>2</sup> майдон тўғри келиши керак. Хулоса қилиб айтганда, юқорида келтирилган талабларга биноан нормал шароитлар стационар бўлимларида ташкил этилса, беморнинг яхши даволаниб кетишига имкон беради.



## “КЛИНИК ТИББИЕТГА ВА ТИББИЕТ КАСБИГА КИРИШ”

(Хирургик бемор-болаларни парваришлаш)

### ФАНИДАН 1-КУРС

#### ДАВОЛАШ, ПЕДИАТРИЯ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИГА МЎЛЖАЛЛАНГАН АМАЛМЙ МАШҒУЛОТЛАР РЕЖАСИ:

- 1 Хирургик беморларнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни қабул қилишда шифокорнинг тутган ўрни.  
Қабул бўлимида беморларни тозалаш.
- 2 Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг ахамияти.  
Оғир беморларни ўрин кўрпа ва окликларини алмаштириш.
- 3 Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг ахамияти.  
Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш.
- 4 Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари .  
Беморлар тумбочкалари санитария холати ва тозалаш.
- 5 Маслахат беришнинг асосий принциплари, операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслахат бериш. Ўзаро тушунуш ва ишонч, шифокорнинг ўзини тутиши.  
Оғир беморларни ювинтириш.
- 6 Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши.  
Оғир беморлар – тери, шиллик қаватлари, сочлари ва тирноқлари парвариши.
- 7 Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти.  
Беморларга судна, сийдикдон тутиш ва уларни тозалаш
- 8 Хирургик беморларни кузатиш ва даволашдаги муолажалари.  
Ичак ва сийдик оқмалари бўлган беморлар парвариши.
- 9 Наркоз тушунчаси, турлари, асоратлари бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқот қилишининг ахамияти.  
Оғир беморларни оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиқлари парвариши
- 10 Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг ахамияти.  
Оғир беморларни кўз ва қулоқлари парвариши
- 11 Беморнинг рухий холати - тушқунлик, шок, қурқув, ғам - андух, хаяжон холатларида шифокорнинг тутган ўрни.  
Қусаётган беморга ёрдам кўрсатиш
- 12 Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг ахамияти. Беморлар тана ҳароратини, пулсини ва артериал босимни ўлчаш.
- 13 Овқатлантиришни ташкиллаштириш операциядан кейинги даври бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқоти. Хантал, компресс ва иситгичлар қўйиш.
- 14 Терминал холатдаги оғир беморларни олиб боришда–беморни ахволи ҳақида хабар.  
Махаллий муз халта қўйиш.
- 15 Оғир хирургик беморларда кийим–кечак ва оқликларни алмаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари, ёток, яраларни олдини олишда шифокорнинг тутган ўрни.

- Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.
- 16 Хирургик беморларда—амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД) масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари.
- Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 1.**

### **ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ, УЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШДА ШИФОКОРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ.**

Парвариш қилиш кўлами беморнинг ёши ва ҳолатига, касаллик характерига, унга тайинланган режимга боғлиқ парвариш бўйича ҳамма вазифалар палата тиббий ҳамширалари зиммасига юкланади. Улар шу ишларни бажаришга масъулиятли ҳисобланадилар.

Шифокорнинг асосий мақсади – беморнинг соғлиғини яхшилашдир. Шифокор ҳар бир беморга индивидуал ёндашиши керак. Шифокор муносабатида ҳар бир беморнинг умумий ҳолати, характери, маданияти, маълумоти ҳисобга олинади керак.

Баъзи бир гуруҳ инсонларга, айниқса ёш аёлларга эътиборли, хушмуомала бўлиш, керак бўлганда хушомад қилиш керак.

Бошқаларга, айниқса армияда хизмат қилган эркакларга, каттиқ, буйруқ оҳангида гапириш керак.

Учинчи гуруҳга, интеллектуал даражаси паст инсонларга, касалини, бажариладиган операциясини оддий, бемор тушунадиган сўзлар билан тушунтириш керак. Энг асосийси хирург беморга, унинг тузалишини хошлаётганини, даволай олишига ишонишини ва даволаш самарали бўлишини кўрсата билиши керак. Ҳамма ҳолатларда беморларга далда керак, лекин шифокор албатта беморга унинг аҳоли жиддийлигини, асоратлар бўлиши мумкинлигини айтиб ўтиши керак.

Истисноли ҳолатлар ҳам бор, булар онкологик беморларда бўлади. Шифокор, хаттоки энг кичик ўзгаришларни ҳам беморга билдириши керак, бу беморга далда бўлади. Шунини эътиборга олиш керакки, ҳар қандай инвазив муолажалар учун беморнинг ёзма розилиги керак ва у касаллик тарихига қўшиб қўйилади. Касаллик тарихида беморнинг имзоси бўлмаса, беморнинг қариндошлари томондан иш судда юридик кўриб чиқилиши мумкин.

#### **Қабул бўлимининг ишини ташкил қилиш ва бу бўлимнинг вазифалари.**

Қабул бўлими (қабулхона) поликлиника ва тез ёрдам станцияларидан юборилган ёки мустақил равишда ёрдам сўраб мурожаат этган беморларни қабул қилиш учун мўлжалланган.

#### Қабул бўлими қуйидаги вазифаларни бажаради:

- кечаю – кундуз, барча келиб тушган, ёки қабул бўлимига мурожаат қилган беморларни текширади;
- ташхис қўяди ва даволанишга муҳтож бўлганларга юқори малакали тиббий ва консультив ёрдам беради;
- бирламчи кўрув ўтказди ва агар зарур бўлса, ташхисни аниқлаштириш учун бир неча мутахассислардан маслаҳат олади;
- ноаниқ ташхис билан келган беморларни динамик кузатади;
- шифохонанинг ихтисослаштирилган ёки махсус бўлимларида беморларни саралаб ётқизишни амалга оширади;
- нопрофил беморларни бирламчи тиббий ёрдам кўрсатгандан сўнг, уларни касаллик ёки травма профили бўйича бўлимга ўтказди ёки яшаш жойидаги амбулаторда даволанишга юборади.
- шаҳардаги барча тезкор тиббий ва оператив тиббий хизматлар билан доимий алоқада бўлади

Қабул бўлимида кутиш хонаси, регистратура, маълумот хонаси ва кўриқдан ўтказиш хоналари мавжуд. Қабулхона бўлимлари лабораториялар, диагностика бўлимлари, изоляторлар, операция хоналари, боғлов хоналари ва бошқалар билан яқин алоқада бўлади.

**Тозалашга қўйиладиган талаблар:** Қабул бўлимининг хоналарини тозалаш нам усул билан кунига камида 2 марта ва белгиланган тартибда, тозаловчи ва дезинфекцияловчи воситалардан фойдаланган холда амалга оширилади. Тозаловчи ускуналар белгиланган бўлиши ва мақсадга мувофиқ ишлатилиши керак. Фойдаланилгандан кейин у дезинфекцияловчи эритмада ивителиди, сувда ювилади, қуритилади ва махсус мўлжалланган хонада сақланади. Ҳар бир беморни текширгандан сўнг кушеткалар, клеенкалар, елимли ёстиқлар ҳозирги кўрсатмага мувофиқ эритмада ивитилган латта билан ишлов берилади. Ҳар бир бемордан кейин текширув хонасида дивандаги чойшаблар алмаштирилади. Амалиёт ўтказиш хонасида, боғлов хонасида, шунингдек кичкина операция хонасида нам тозалаш кунига 2 марта, 6% водород пероксид эритмаси ва 0,5% ювувчи восита ёки дезэритма билан амалга оширилади. Ишлатилганидан кейин каталкаларга (замбилғалтакларга) жорий кўрсатмаларга мувофиқ дезинфекцияловчи восита билан ишлов берилади.

**Кутиш хонаси** бемор ва унинг яқин қариндошлари учун мўлжалланган.

Бу хонада маълум миқдорда стул, кресло, каталкалар (беморларни ташиш учун) бўлиши керак.

Деворда даволаш бўлимининг иши, даволовчи шифокор билан суҳбат соатлари, беморларга олиб келиш мумкин бўлган озик-овқатлар рўйхати, шифохона маълумотномасининг телефон рақами кўрсатилади.

Бу ерда беморлар билан кўришиш мумкин бўлган кун ва соатлар кўрсатилиши керак.

#### **Навбатчи ҳамшира хонаси.**

Унда беморларни рўйхатга олиш ва зарур ҳужжатларни расмийлаштириш амалга оширилади.

Стул, стуллар ва зарур ҳужжатларнинг тўпламлари бўлиши керак.

**Кўрик хонаси** шифокор томонидан беморларни текшириш учун мўлжалланган ва қўшимча равишда, ҳамширалар томонидан термометрияни, антропометрияни, ҳалқум текширувини ва баъзан бошқа текширувларни (ЭКГ) ўтказиш мумкин.

Кўрик хонасини жиҳозлаш:

- клеенка билан қопланган кушетка (бемор кўриладиган жой);
- ростомер (бўй ўлчагич);
- тиббий тарози;
- термометрлар;
- тонометр;
- шпателлар;
- қўлларни ювиш учун раковина;
- ёзув столи;
- стул;
- касаллик тарихи варақалари.

**Даволаш амалиёти ўтказув хонаси** беморларга шошилиш ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган (шок, вицерал колика ва бошқалар).

Даволаш амалиёти ўтказиш хонасини жиҳозлаш:

- кушетка;
- стуллар;
- қўйидагиларни сақловчи тиббий шкаф: шокка қарши дастлабки ёрдам тўплами, бир марталик шприцлар, бир марталик тизимлар, шокка қарши эритмалар, спазмолитиклар ва бошқа дорилар;
- стерил боғлов материаллари сақловчи бикс, дезинфекцияловчи эритмада сақланувчи стерил пинцет (бикс билан ишлаш учун);
- стерил ошқозон зондларини, резина сийдик катетерлари ва клизма учун учликлар сақловчи бикслар.

**Операция-боғлов хонаси** кичик операциялар учун мўлжалланган:

- тасодифий жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бажариш;
- чиққан суякни жойига солиш;
- оддий синишларни репозициялаш ва уларни имобилизация қилиш,
- кичик йирингли ўчоқларни очиш ва ҳ.к.

Санитар кўриқдан ўтказиладиган жой, унинг вазифалари қуйидагилардир:

- касал ва жароҳатланганларни санитар-гигиеник ишлови;
- кийим-кечак ва бошқа нарсаларни қабул қилиш, кийим-кечак ва нарсаларни инвентаризациялаш ва сақлашга олиб қолиш;
- шифохона кийимларини бериш.

Оғир касал ва жароҳатланганларни санитар-гигиеник ишлови учун портатив душ билан жиҳозланган ваннахона мавжуд.

Санитар-гигиеник ишловдан ўтказиш жойининг таркибида ёппасига жароҳатланганларни қабул қилиш учун мўлжалланган, санитар нормативларга жавоб берадиган, хожатхоналар, душ кабиналари, ювиниш хоналари бўлиши керак.

Қабул бўлимида вафот этганлар учун алоҳида кириш жойи бўлган хонани ажратиш керак, бу ерда бир нечта жасад қисқа вақтга (эрталабгача) сақланиши учун имконият бўлиши лозим.

**Қабул бўлимининг ҳамшираси мажбуриятлари:**

Ҳар бир касалхонага ётқизилган бемор учун тиббий картани рўйхатдан ўтказиш (титул саҳифани, беморни қабул қилинган аниқ вақтини, беморни юборган тиббий муассасанинг диагнозини кўрсатувчи ҳужжатларни тўлдириши);

2. Тери ва тери қопламаларини кўздан кечириш, терининг сочли қисмларида педикулёз бор ёки йўқлигини аниқлаш, тана ҳароратини ўлчаш;

3. шифокор кўрсатмаларини бажариш.

Қабул бўлими шифокорининг мажбуриятлари:

1. беморни кўздан кечириш, текшириш, жарроҳлик амалиётини амалга оширишнинг долзарблигини аниқлаш, керакли кўшимча текширувлар ўтказиш;

2. Касаллик тарихини тўлдириш, дастлабки диагноз қўйиш;

3. Санитар-гигиеник ишлов бериш зарур ёки зарур эмаслигини аниқлаш;

4. Транспортировка турини кўрсатган ҳолда профилли бўлимга ўтказиш;

5. Госпитализация учун кўрсатма бўлмаса, зарур минимал амбулатория-тиббий ёрдамни ташкил этиш.

**Хирургик беморларни қабул қилиш қодалари.** Касалхонага қабул қилинаётган беморлар, антропометрия текширувларидан ўтади. У тана параметрларини ўлчашдан иборат. Тиббиёт ходимлари беморлар оғирлигини ўлчайди (одатда, оч қоринга, эрталаб, қовуқ ва тўғри ичакни бўшатгандан кейин). Бу иш алоҳида аҳамиятга эга. Патологик жараённинг динамикасини кузатиш учун фойдаланилади. Мисол учун, тана массасининг ошиши шишларнинг кўпайганлигини билдиради, унинг камайиши эса, етарлича овқатланмаётганлигини, яллиғланиш процесси оғир кечаётгани ва ҳақозаларни билдиради. Кейинги антропометрик кўрсаткич, бўй баландлигини ўлчаш, тана массасини билган ҳолда, тана массаси индексини, идеал тана массаси ва бошқаларни ҳисоблаб топиш мумкин. Ушбу кўрсаткичлар кучли таъсир кўрсатувчи дориларни тайинлашда муҳим аҳамиятга эга. Қабул бўлимида аниқланадиган кейинги кўрсаткич кўкрак қафасининг айланаси ҳисобланади. Бу кўрсаткич тери ости ёғ тўқимаси ва скелет тизимининг умумий ҳолатини акс эттиради.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 2

### БИОЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ АСОСЛАРИНИ ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШДА ҚЎЛЛАШНИНГ АХАМИЯТИ

1. *Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг ахамияти.*

2. *Биоэтика ва деонтология ҳақида тушунча.*

3. *Бемор билан мулоқотда ушбу тушунчаларнинг амалда қўлланилиши, ижобий ва салбий томонлари.*

**Тиббий этика** – тиббиёт ходимларининг ахлоқий меъёрлари тўплами.

**Деонтология** – тиббий мутахассисларнинг ўз вазифаларини бажаришдаги ахлоқий меъёрлар тўплами.

**Шифокор ва бемор.** Шифокорнинг асосий мақсади – беморнинг соғлиғини яхшилашдир. Шифокор ҳар бир беморга индивидуал ёндашиши керак. Шифокор муносабатида ҳар бир беморнинг умумий ҳолати, характери, маданияти, маълумоти ҳисобга олиниши керак.

Баъзи бир гуруҳ инсонларга, айниқса ёш аёлларга эътиборли, хушмуомала бўлиш, керак бўлганда хушомад қилиш керак. Бошқаларга, айниқса армияда хизмат қилган эркакларга, қаттиқ, буйруқ охангида гапириш керак. Учинчи гуруҳга, интеллектуал даражаси паст инсонларга, касалини, бажариладиган операциясини оддий, бемор тушунадиган сўзлар билан тушунтириш керак. Энг асосийси хирург беморга, унинг тузалишини хошлаётганини, даволай олишига ишонишини ва даволаш самарали бўлишини кўрсата билиши керак.

Ҳамма ҳолатларда беморларга далда керак, лекин шифокор албатта беморга унинг ахволи жиддийлигини, асоратлар бўлиши мумкинлигини айтиб ўтиши керак. Истисноли ҳолатлар ҳам бор, булар онкологик беморларда бўлади. Шифокор, хаттоки энг кичик ўзгаришларни ҳам беморга билдириши керак, бу беморга далда бўлади.

Шуни эътиборга олиш керакки, ҳар қандай инвазив муолажалар учун беморнинг ёзма розилиги керак ва у касаллик тарихига қўшиб қўйилади. Касаллик тарихида беморнинг имзоси бўлмаса, беморнинг қариндошлари томондан иш судда юридик кўриб чиқилиши мумкин.

**Шифокор ва беморнинг қариндошлари.** Беморнинг энг яқин қариндошларига (1-катор қариндошларига) шифокор касаллик характери, операция тури, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, операциянинг хавфи томонлари ҳақида маълумот бериши керак.

**Энг яқин қариндошлар қуйидагилар ҳисобланади:**

- Беморнинг аёли
- Беморнинг фарзандлари
- Беморнинг ота-онаси

Булардан бошқа қариндошлар ва танишларга, улардан томонидан сўров бўлганда, бемор ҳолати ҳақидаги умумий маълумотлар берилади. Қуйидаги қоидага қатъий амал қилиш керак: Юридик кучга эга бўлган операцияга розиликни фақат беморнинг ўзи бериши мумкин.

Фақатгина бемор хушсиз ҳолатда бўлганда, рухий касаллик натижасида мустақил қарор қабул қила олмаганда, вояга етмаган болаларда операция қилишга розиликни яқин қариндошлар беради. Шифокор- хирург беморнинг яқин қариндошлари билан доимий контактда бўлиши керак. Бу летал ҳолатларда турли хилдаги шикоятлар ва кўнгилсизликларнинг олдини олади.

**Онкологияда деонтология масаласи.** Шифокор-хирург рак билан касалланган бемор билан суҳбатининг дастлабки дақиқаларидаёқ беморни тузалиши мумкинлигига ишонтира олиши керак. Ҳозирги кунда беморга рак билан касалланганлигини айтиш- айтмаслик тўғрисида дискуссиялар кетмоқда. Юридик нуқтаи назардан бемор ўзининг касаллиги тўғрисида барча маълумотларни билишга ҳаққи бор. Фарбий Европа давлатлари ва Америкада беморга у рак

билан касалланганлиги тўғрисида аниқ хабар беришади. Лекин кўпгина рақ билан касалланган беморлар касаллик ривожланиб бориши мумкинлигини ўйлаб психологик тушкунликка тушиб қолишади. Шунинг учун кўпгина хирурглар аввал қўлланилган усулни қўллаб, бемордан касаллигининг характерини яширишади. Тиббий маълумотномаларда диагноз лотин тилида ёзилади, беморлар химиотерапияни ўташ учун умумий профилли палаталарга госпитализация қилинади.

**Шифокор сири.** Шифокор ва бошқа тиббиёт ходимлари ўзларининг касбий бурчларини бажараётган вақтларида уларга маълум бўлган беморнинг касаллиги, оилавий ва жинсий ҳаёти ҳақидаги маълумотларни тарқатмасликлари керак.

Илмий изланишларида беморнинг фамилиясини, унинг расмларини юзини яширмаган ҳолда демонстрация қилмасликлари керак.

Шу билан бир қаторда шифокор инфекция, венерик касалликларда, захарланишларда санитар органларга хабар бериши керак; Қотиллик юз берганда, травмаларда, ўқ отар ва бошқа қуроллар билан жароҳатланган беморлар бўлганида тергов ходимларига хабар бериши керак.

Шифокор бемор ишхонасига, агар у бу соҳада касаллиги туфайли ишламаслиги керак бўлса хабар бериши керак (озик-овқатлар билан боғлиқ соҳаларда туберкулёз (сил) ва венерик касалликли беморлар, хайдовчиларда эпилепсия аниқланса)

**Тиббий муассасада ходимлар ўртасидаги муносабатлар.** Тиббиёт муассасалари ходимлари ўртасидаги муносабатлар умуминсоний ахлоқнинг қуйидаги тамойилларига мувофиқ бўлиши керак:

- ҳалоллик,
- самимийлик,
- тажрибали ва ўзидан катта ҳамкасбига ҳурмат ва бўйсиниш ва ҳ.к

Тиббиёт муассасаларида беморнинг иложи борича руҳий ҳолатини шикастламайдиган ва шифокорга ишонч муҳитини яратадиган вазият бўлиши керак. Раҳбарларнинг сурбетлиги ва ҳурматсизлиги, ходимларнинг унга кўр-кўрона бўйсунуши, хатоларни кўрмаслиги тиббий хизмат сифатини пасайтиради. Бир томондан, шифокор хатосини бемор қариндошлари билан муҳокама қилмаслиги керак, бошқа тарафдан ҳар хил конференцияларда шифокор тактикасини муҳокама қилиш хатоларни тўғирлашга ва тиббий ёрдам сифатини оширишга олиб келади.

Жарроҳлик клиникасида замонавий илмий ютуқларни амалиётга татбиқ этиш жараёни доимо бўлиши керак. Устозлик тамойилига риоя қилиш керак: тажрибали жарроҳ ёш мутахассисга таълим беради. Қуйидаги асосий тамойил – қарор қабул қилишда мантикий жавобгарлик: ташхис ноаниқ бўлса, у ҳолда профессионал тажрибали мутахассис таклиф қилинади. Шу билан бирга, агар жарроҳ мустақил қарор қабул қилаолмаса, унинг беморлари қолмайди. Юқори, ўрта ва кичик тиббий ходимлар ўртасидаги муносабатлар ўзаро ишонч ва бир-бирига ҳурматга асосланган бўлиши керак. Шу билан бирга, қарорни қабул қилишда таниш-билишчиликка йўл қўйилмаслиги лозим.

**Шифокор ва жамият.** Тиббий деонтологиянинг энг жиддий муаммоларидан бири тиббиёт ходимлари ва жамият ўртасидаги муносабатдир.

Тиббиёт муассасаларида масъул ходимларни, тиббий муассасага моддий ёрдам кўрсатишга қодир бўлган саноат ва йирик қишлоқ хўжалиги корхоналари вакиллари ўз ичига оладиган тиббий муассасаларда васийлик кенгашларини ташкил этиш зарур. Ўз навбатида, тиббий муассасалар корхоналар ходимларини даволаш ва диагностика қилиш бўйича мажбуриятларни олади.

Тиббий ходимларнинг корпоратив этикасини, шифохонада ҳар хил мутахассислардан ташкил топган жамоа ишлашини, тиббиёт муассасасининг ижобий баҳоланиши барча ходимларнинг яхши номидан келиб чиқишини унутмаслик керак.

**Тиббий ходимларнинг ўзини тутиш қоидалари.**

Тиббий ходимларнинг ўзини тутиши қуйидаги умумий қоидалардан иборат бўлиши мумкин:

8. Тиббиёт ходимлари дид билан, тартибли кийинган бўлиши керак;
  9. Сочни тиббий қалпоқ тагига йиғиб олиш керак
  10. Тирноқлар калта олинган бўлиши керак;
  11. Ортикча косметика ва тақинчоқларга йўл қўймаслик керак;
  12. Парфюмлардан фойдаланишни чеклаш керак, айниқса ўткир ҳидли бўлганларни (субъектив ёқимсиз ҳиссиётларга қўшимча равишда, беморда аллергик реакцияни ривожланиши, бронхиал астма хуружи ва бошқаларга сабаб булиши мумкин булганларни);
  13. Тиббий ходим ўзининг юз ифодасини, суҳбат ва хатти-ҳаракатларнинг услубларини доимо назорат қилиши жуда муҳим; шифокор ўзини меҳрибон ва хотиржам тутиши беморнинг руҳига ижобий таъсир кўрсатади ва даволашнинг муваффақиятига ишонч ҳосил қилади;
  14. Таъсирчан, осонгина жахли чиқадиган ёки аксинча, контактсиз, депрессия билан оғриган беморга ғамхўрлик қилаётганингизда, сабр-тоқатли бўлишингиз керак, беморнинг ахволини яхшилаш учун ҳамма нарса қилинаётганлигини қайта-қайта таъкидлашингиз керак. Бундай беморлар билан алоқа қилишда беморни соғайиши ҳақидаги хар- хил маълумотларни турли нуқтаи назарлардан қайта-қайта такрорлаш керак; Оғир, тузалиш имконияти йўқ, атроф-муҳитга бефарқ беморлар билан алоқа қийинчиликлар туғдиради (онкологик профилдаги нооперабел ёки инкурабел беморлар, юрак қон-томир оғир патологияси билан оғриган беморлар, инсульт натижасида ҳаракатлана олмайдиган беморлар ва ҳ.к.). Бундай беморлар билан, улар тиббий ходим томонидан парвариш қилинаётганда алоқа ўрнатилса мақсадга мувофиқ бўлади. Шу билан бирга, беморнинг кайфиятини хар томонлама кўтаришга ҳаракат қилиш керак. Ҳамшира ҳеч қачон беморга ёки даволаниш жараёнида иштирок этмаётган бошқа шахсга касаллик тарихини кўрсатмаслиги керак. Тиббий ходимлар даволаётган шифокор руҳсатсиз унинг касали ҳақида маълумот берганда нохуш ҳолатлар бўлгани кўп кузатилган.
- «Шифокор сир»** деган тушунча бўлиб, уни ҳеч ким бекор қилмаган, бу тушунча нафақат шифокорлар, балки даволаш жараёнида қатнашадиган барча соғлиқни сақлаш ходимлари учун ҳам амал қилади.
- Тиббий ходим телефон қилган шахс ўзини қандай таништиришидан қатъий назар, телефон орқали бемор ҳақида ҳеч қандай маълумот бермаслиги керак.
- Тиббий ҳамширалардан ташқари, парвариш ишига қисман касал болаларнинг оналари (одатда кўкрак ёшидаги болалар ва оғир ётган болаларнинг оналари), шунингдек тиббиёт олий билимгоҳларининг қуйи курсларида ўқийдиган талабалар жалб этилади.
- Хирургик касалликлари бўлган болаларни парваришда уларни операциядан олдин тайёрлаш, операция қилиш ва операциядан кейин боқиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик бўлимга тушадиган беморларнинг кўпчилиги операция қилинади. Операциядан олдинги давр улар касалхонага тушган вақтдан бошланади, бу давр ичида ҳамма нарса операция хавфини камайтириш, асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Сирасини айтганда, операциядан олдинги давр операциядан олдинги тайёргарлик деган гапдир. Бу вақт ичида турли орган ва системаларнинг функционал ҳолати ўрганилади (бемор комплекс текширилади) ва операцияга тайёргарлик кўрилади. Бу даврдаги тадбирларни хар қандай операциядан олдин албатта ўтказиладиган умумий ва айрим операцияларнинг ўзида ўтказиладиган махсус турларга бўлиш мумкин.

### **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 3**

#### **АНТИСЕПТИКА ВА АСЕПТИКА АСОСЛАРИНИ ЎРГАНИШ, ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШДА САНИТАР ИШЛОВ БЕРИШНИНГ АҲАМИЯТИ.**

*Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш.*

1. *Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг аҳамияти.*

2. *Антисептика ва асептика ҳақида умумий тушунча, шахсий гигиена ва санитар ишловнинг бемор соғлигидаги аҳамияти.*

Асептика — операция ёки муолажа чоғида микробларнинг ярага тушишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндиси. Ярага тегадиган ҳар қандай нарса стерил бўлиши керак. ҳатто, бажариш жараёнида тери бутунлиги бузилмайдиган (меъда ширасини олиш, меъдани зонд билан ювиш, клизмалар ва к.) муолажалар ҳам асептик шароитларда бажарилиши керак.

Асептика шахсий гигиенага риоя қилишдан бошланади. Ишга келиб кийимларни алиштириш керак. Халат, қалпоқча ёки рўмолча ювилган, дазмолланган бўлиши, беморнинг кийимбошлари ва унинг тўшаги мунтазам равишда алиштириб турилиши керак. Жаррохлик бўлимида палата ва боғлаш хоналарини ҳўлланган латта билан тез-тез артиб, йиғиштириб туриш керак. Ходимларнинг йўлини парваришlashга алоҳида эътибор бериш керак. Ифлос ишларни қўлқопларда бажариш шарт. Сочни қалпоқча ёки рўмолча билан ёпиш керак.

Ҳозирги замон хирурглари асептика ва антисептика қоида ва қонунларига амал қилишлари шарт. Бу тўғрисида жуда кўп адабиётлар мавжуд, аммо хирургнинг хирург-субординаторларнинг ушбу асосланган методларга амал қилмасликлари, операциядан олдин қўлларини шовша-шошарлик билан ювишлари, боғловхонада ярани «боғлаш жараёнида қўйилган хатолар асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Хирург нафақат ишда, уй-рузғорда ҳам, ҳаётда ҳам қўлини ҳар хил ифлосланишлардан сақлаши керак. Очик, ҳимояланмаган қўл билан ховлида ишлаш, қўл териси шикастланишига олиб келадиган юмушлар бажаришда эҳтиёт бўлиши керак. Шундай ишлар бажарилган тақдирда ҳам дарҳол қўлни тозаловчи моддалар билан ювиш шарт.

**Хирургик беморларни қабул қилиш қоидалари.** Касалхонага қабул қилинаётган беморлар, антропометрия текширувларидан ўтади. У тана параметрларини ўлчашдан иборат. Тиббиёт ходимлари беморлар оғирлигини ўлчайди (одатда, оч қоринга, эрталаб, ковуқ ва тўғри ичакни бўшатгандан кейин). Бу иш алоҳида аҳамиятга эга. Патологик жараённинг динамикасини кузатиш учун фойдаланилади. Мисол учун, тана массасининг ошиши шишларнинг кўпайганлигини билдиради, унинг камайиши эса, етарлича овқатланмаётганлигини, яллиғланиш процесси оғир кечаётгани ва ҳақозаларни билдиради. Кейинги антропометрик кўрсаткич, бўй баландлигини ўлчаш, тана массасини билган ҳолда, тана массаси индексини, идеал тана массаси ва бошқаларни ҳисоблаб топиш мумкин. Ушбу кўрсаткичлар кучли таъсир кўрсатувчи дориларни тайинlashда муҳим аҳамиятга эга. Қабул бўлимида аниқланадиган кейинги кўрсаткич кўкрак қафасининг айланаси ҳисобланади. Бу кўрсаткич тери ости ёғ тўқимаси ва скелет тизимининг умумий ҳолатини акс эттиради.

**Беморлар қабул қилинганда санитар ишловдан ўтишлари керак.** Тўлиқ санитар ишлов бериш беморни ваннада ёки душ остида ювинтириш, ич кийимларини дезинфекциялаш ва дезинсекциялаш, шунингдек, хонага санитар-гигиеник ишлов беришни ўз ичига олади.

Қисман санитар ишлов бериш – танани қисман ювишни ва ич кийимларни алмаштиришни ўз ичига олади. Беморларга бошқа ич кийим берилганидан сўнг, улар шу ич кийимда бўлимга киришади. Ҳозирги вақтда бу қоидага доим ҳам амал қилинмайди, асосан махсус ва ҳарбий шифохоналарда ушбу одат сақланган. Бунинг сабаби шундаки, кўплаб беморлар шифохонага келишдан олдин ювинишади ёки душ қабул қилишади.

Қабул қилинувчи беморлар ваннада ёки душ остида ювинтирилади. Дастлаб, ваннага 0,5% хлорли эритма ёки 1-2% хлорамин эритмаси билан ишлов берилади. Кейин ваннани иссиқ совунли сув билан яхшилаб ювиб, тўлдирилади. Ваннадаги сув ҳарорати тахминан 42 даража бўлиши керак.



Ҳаддан ташқари буғланишнинг олдини олиш учун, олдин совуқ сув ваннага қўйилади, сўнгра иссиқ сув қўйилади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлганда, улар ваннадаги скамейкага ўтирғизилади ва устидан сув қўйилади.

Тана қисмларини ювиш кетма-кетлиги:

- бош ювилади;
- қўл ва кўкрак қафаси;
- чот ораси, қорин соҳаси ва бел;
- оёқлар.

Санитар ишлов бериш ва антропометриядан сўнг беморлар тиббий ходимлар билан биргаликда кўриқдан ўтказиш хоналарига борадилар ва шундан сўнг ташҳис қўйиш ва даволаш тактикаси белгиланади.

Қабул қилиш бўлимининг шифокорлари ўрта тиббиёт ходимлари билан биргаликда касаллик тарихини тўлдирадилар (беморнинг стационар картаси). Унинг титул саҳифасида қуйидагилар мавжуд:

- фамилияси, исми, отасининг исми,
- ёши (ва туғилган санаси),
- яшаш жойи,
- беморнинг иш жойи,
- яқин қариндошлари телефонлари ёки манзиллари,
- ногиронлик ҳақида гувоҳнома, дориларга аллергияси ҳақида, қон гуруҳи, касалликнинг бошланиш даври (фавқулодда касалхонага ётқизилганлар учун) тўғрисида эслатма.

- Юборган муассасанинг диагнози, қабул қилингандаги дастлабки диагноз, клиник диагноз ва унинг қўйилган санаси киритилади.

Титул варақда бемор анамнезида вирусли гепатити борлиги, ундан олинган нарсаларда ва беморнинг ўзида педикулёз белгиларининг мавжудлиги тўғрисида маълумотлар махсус ёзиб қўйилади.

Бемор шифохонадаги тартиб қоидалар билан танишиб чиққанлиги ва уларни бузмасликка розилигини билдириб имзо қўяди.

Қабул бўлимининг шифокор-мутахассислари томонидан бемор кўриқдан ўтганида, улар тўплаган маълумотлар касаллик тарихига киритилади, қўшимча текшириш усулларини тайинлаш тўғрисидаги кўрсатмалар берилади.

Шифокорлар кўриқдан ўтказиш қоидаларига риоя қилишлари керак: Дастлаб инвазив бўлмаган усулларни қўллаш ва сўнгра уларнинг мураккаблаша бориши, оғирлашуви ва нархини ошишига қараб тайинлаш лозим. Минимал травматик усуллар доимо кўпроқ травмага олиб келадиган усуллардан олдин қилиниши керак.

Хирургик стационарга қабул қилинаётганларнинг ҳаммасида бажарилиши керак:

- умумий қон таҳлили;
- RW -га (захмга) қон таҳлили;
- флюорография;
- кексалар учун ЭКГ текшируви ҳам ўтказилади.

Қолган текширувлар аниқ кўрсатмалар бўйича бажарилади. Бунинг учун қабул бўлимининг шифокори қўл остида мавжуд:

- рентген хонаси,
- ультратовуш текшируви хонаси,
- эндоскопия бўлими,
- фавқулодда лаборатория ва бошқалар.

Навбатчи бўлим шифокори зарур бўлганда консултация учун шифохона бўлиmlаридан мутахассисларни таклиф қилиши мумкин.

Режа бўйича қабул қилинадиган беморларни стационар даволанишга юборган поликлиникаларда текширувдан ўтказиш керак. Улар қўлида ультратовуш, умумий

тахлиллар, рентгенограммалар ва бошқа текширувлар натижалари билан қабул бўлимига келишади.

Оғир аҳволда бўлган, гомеостазнинг беқарор кўрсаткичлари билан келган беморларга биринчи тиббий ёрдам қабул бўлимида кўрсатилади.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 4

### ХОЗИРГИ ЗАМОН ТИББИЁТИДА ЯТРОГЕНИЯ ВА ЭВТОНОЗИЯ МУАММОЛАРИ БЕМОРЛАР ТУМБОЧКАЛАРИ САНИТАРИЯ ХОЛАТИ ВА ТОЗАЛАШ.

1. *Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари.*

2. *Ятрогения ва эвтонозия ҳақида тушунча, ятроген ножўя омиллар келиб чиқиши, ятроген омиллар тўғрисида классик тиббиёт намоёндалар фикри.*

3. *Эвтонозиянинг ижтимоий-руҳий аспекти.*

Ҳар кунлик иш жараёнида хирург жуда ҳам моҳирлик билан иш тутиши зарур, чунки у хирургик бемор ва уларнинг қариндош-урурларига касаллик диагноздан тортиб токи операциягача ва ҳаттоки операциядан кейинги парвариш давригача бўлган муолажаларни усталик билан тушунтириб бермоғи лозим. Хирург учун шундай қийин дамлар бўладики, у барча тажриба ва имкониятларини ишга солиб, бемор ҳаёти учун хавфли ва айни вақтда қилиниши зарур бўлган операцияларни бемор ва унинг қариндошларига етарли даражада тушунтира билиши керак. Хирургнинг эса бундай ишларни мукамал ҳал қилишига киришиши зарурий ҳолатдир. Бундай вазиятларда хирург бемор киши, унинг қариндош-уруғлари, коллектив ва ҳамкасблари олдидаги катта масъулиятни ҳамда маънавий жавобгарликни сезиши керак. Хирург фаолиятига таниқли хирург Л. Лериш катта баҳо бериб ёзган эдики: «Кимки бир минут ичида вазиятни баҳолай олмаса у хирург бўла олмайди, ҳар қандай операциядан олдин гумонсираб турса ишончсиз кишига ўхшаб қолади, қалб одамни ҳамма вақт олдинга ундаб туриши керак».

Одамлар орасида «қўли энгил хирург экан», «иши доим ўнгидан келади» деган ибораларни эшитамиз. Албатта, истеъдод билан билимни инкор этиб бўлмайди, ҳар иккаласи хирургда қўшиб олиб борилса «хирургик бахт»нинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Афсуски, шундайлар ҳам борки, улар ўзларининг хирургик фаолиятида фақат энгил хирургик беморларни танлаб операция қиладилар ва оғир хирургик беморлардан узокроқ бўлиб, шу тариқа обрў-эътибор қозонмоқчи бўладилар. Афсуски, бундай хирурглар халқ олдида ҳам, ҳамкасблари олдида ҳам шон-шуҳратга эга бўла олмайдилар. Н.И.Пирогов «хирург бахтини» тўрт нарсдан деб билади: биринчидан — касаллик ҳақида ишонч; иккинчидан — операция қилиш вақтини яхши белгилаш, куп ҳам эрта, ёки куп ҳам кечга қолдирмаслик, бемор кайфиятига яхши таъсир этиш, ундаги кўрқиш ва ишончсизликни йўқотиш; учинчидан — нафақат операцияни яхши бажариш, ҳатто унинг асоратларга олиб келмаслик чора-тадбирларини кўриш; тўртинчидан — кейинги даволаш жараёнини кунт ва матонат билан олиб боришдан иборат. Т. Бильрот хирург билан терапевт орасидаги фарқни куйндагича исботлайди: «Врачи севадилар, хирургдан кўрқадилар, демак биринчиси ўзининг рецепти билан бемор аҳолини энгиллаштиради, иккинчиси эса, аксинча, оғрик олиб келади». Ҳақиқатдан ҳам, ҳозирги замон хирургияси оғрикка қарши кўп ютуққа эришсада, лекин кўп нарсалар ҳозиргача ҳам муаммолигича қолмоқда. Хирургнинг катта-кичик хирургик муолажалар бажаришидан қатъий назар, у ҳамма вақт касалга кам оғрик келтириш йўллариини ўйлаши керак. С.И.Спасокукоцкий талабаларга лекция ўқиб турганида бемор ярасидаги боғлам ечилганда бир томчи қонни кўриб врачдан «Бу нима?» — деб сўраб, ўзи жавоб қилган экан: «Бу врачнинг нолаёқатлигидан грануляциянинг қон аралаш ёшидир».

Ҳозирги замон хирурглари асептика ва антисептика қоида ва қонунларига амал қилишлари шарт. Бу тўғрисида жуда кўп адабиётлар мавжуд, аммо хирургнинг хирург-субординаторларнинг ушбу асосланган методларга амал қилмасликлари, операциядан олдин қўлларини шошма-шошарлик билан ювишлари, боғловхонада ярани «боғлаш жараёнида қўйилган хатолар асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Хирург нафақат ишда, уй-рузғорда ҳам, ҳаётда ҳам қўлини ҳар хил ифлосланишлардан сақлаши керак. Очiq, ҳимояланмаган қўл билан ховлида ишлаш, қўл териси шикастланишига олиб келадиган юмушлар бажаришда эҳтиёт бўлиши керак. Шундай ишлар бажарилган тақдирда ҳам дарҳол қўлни тозаловчи моддалар билан ювиш шарт. Ҳозирги замон хирургиясининг жадал суръатлар билан ривожланиб кетиши, айниқса трансплантология — одам аъзоларини кўчириб ўтказиш соҳасидаги америкалик жарроҳларнинг бирданига «юрак-ўпка», «юрак-ўпка-жигар» операцияларини бажаришлари медицина деонтологиясида ҳам бир қанча муаммоларни юзага келтирди. Хирург, реципиент ва донор ёки донор қариндош-уруғлари билан реципиент ўртасидаги муносабатлар шулар жумласидандир. Бутун оламга машҳур хирург Н.М.Амосов ҳам юракни кўчириб ўтказишга руҳсат олгач автомобил ҳалокатидан ўлган ёш қизнинг юрагини олиб

касал беморга ўтказишни унинг қариндош-уруғларидан сўрашга журъат эта олмаган. Бу эса трансплантологияда деонтологиянинг қийин ва мураккаб ахлоқий вамаънавий масалаларидан ҳисобланади.

Бундан ташқари, хирургияга янги асбоб-ускуналарнинг кириб келиши ҳам деонтология соҳасида мураккаб вазифаларни вужудга келтирди. Мисол тариқасида шуни айтиш керакки, сунъий қон айланиш аппаратини (АИК) хирургияда қўлланишида уни ишга тушириш учун врачлардан ташқари инженер-механиклардан иборат катта бир бригада ишлаши керак. Ҳар хил касб эгала-рининг бир тан, бир жон бўлиб ишлашларини таъминлаш ҳозирги шароитда қийин муаммолардан ҳисобланади. Хулоса қилиб айтганда хирургия соҳасидаги деонтология муаммолари ўз актуаллигини йўқотгани йўқ, аксинча, ҳар бир медицина ходимидан, айниқса, талабалардан, ҳаттоки ҳамширалардан ҳам ўз соҳасини жонкуяри, билимдони бўлишни талаб этади. Беморга тўлиқ ҳамдардлик қилинади, унинг ахволини тушунгандагина бемор билан тиббиёт ходими ўртасида давонинг наф беришига ишонч, самимий муносабат ўрнатилиши мумкин. Меҳрибонлик, маънавий ёрдам, самимийликнинг фойдаси дори моддалардан кўра кўпдир. Яъни ўтмишда тиббиёт ҳамширасини «шафқат ҳамшираси» деб бежиз айтишмаган. Азоб чекаётган одамга раҳм қилмайдиган, бепарво, худбин одамнинг тиббиёт муассасасида ишлашига йўл қўйиб бўлмайди. Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда, беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини: оғир ўй-фикрлардан ҳоли қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, кўнглида соғайиб кетишга ишонч уйғотиши керак. Бунда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини ва мазкур фурсатдаги ахволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса («Сал оғрийдию, лекин кейин енгил тортасиз» — деб), бошқасини ҳар хил гап-сузлар билан андармон қилиш керак бўлади. Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугагини сўрашади. Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай яқунланишига келганда ҳаммиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак. Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва кўркинч уйғотадиган: «шок», «агония», «қон туфлаш», «гематома», «коллапс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак.

Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сузларни эшитиб, кўнглига тугиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг ахволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи

ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳо «беморлар бетоқат, даводан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-хуш айниб қолиши, галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап таллашиб ўтириш ярамайди, лекин даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга аҳволи унча оғир бўлмаган беморлар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: палаталарда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар. Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари интизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо кўполлик қилмасликлари керак. Бемордан дардининг бедаволигини ёки аҳволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдаи олдин врач билан маслаҳатлашиш керак. Айниқса телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб врач билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим. Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулойимлик билан» лекин қатъиян рад этмоқ керак. Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда ҳар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 5**

### **МАСЛАХАТ БЕРИШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ, ОПЕРАЦИЯ ҚАБУЛ ҚИЛИШДА, ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ВА КЕЙИНГИ ДАВРЛАРДА MASЛАХАТ БЕРИШ. ЎЗАРО ТУШУНИШ ВА ИШОНЧ, ШИФОКОРНИНГ ЎЗИНИ ТУТИШИ. ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ЮВИНТИРИШ.**

- 1. Маслаҳат беришнинг асосий принциплари.*
- 2. Операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслаҳат бериш.*
- 3. Ўзаро тушуниш ва ишонч, шифокорнинг ўзини туттиши*

Хирургик касалликлари бўлган болаларни парваришда уларни операциядан олдин тайёрлаш, операция қилиш ва операциядан кейин боқиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик бўлимга тушадиган беморларнинг кўпчилиги операция қилинади. Операциядан олдинги давр улар касалхонага тушган вақтдан бошланади, бу давр ичида ҳамма нарса операция хавфини камайтириш, асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Сирасини айтганда операциядан олдинги давр операциядан олдинги тайёргарлик деган гапдир. Бу вақт ичида турли орган ва системаларнинг функционал ҳолати ўрганилади (бемор комплекс текширилади) ва операцияга тайёргарлик қурилади. Бу даврдаги тадбирларни ҳар қандай операциядан олдин албатта ўтказиладиган умумий ва айрим операцияларнинг ўзида ўтказиладиган махсус турларга бўлиш мумкин. Болаларни планли операцияларга умумий тайёрлаш.

Чов ва киндик чурраси, мойк пардалари истискоси, крипторхизм, улчами кичикрок хавфсиз ўсмалар каби хирургик касалликлари бўлган беморларни касалхонага келган кунининг эртасига операция қилинади. Бундай ҳолларда болада операциядан олдинги зарур лаборатория текширувлари поликлиникада госпитализациядан олдин ўтказилади. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларидаги, буйрак ва синдик чиқарув йўлларидаги

катта операциялар, шунингдек айрим ортопедик операциялардан олдин, махсус диагностик текширувлардан ташқари, бола организмнинг асосий, ҳаётий муҳим функциялари ҳолати аниқланади.

Тиббий ҳамширанинг вазифаларидан бири бемор психикасини имкон борича эҳтиётлашга ва даволашнинг таъсирчанлигини оширишга қаратилган, тиббий ходимларнинг хатти-ҳаракати принциплари тўғрисидаги фан — тиббий деонтология қоидаларига пухта риоя қилиш ҳисобланади. Бемор билан хушмуомалада бўлиш ва унга меҳрибонлик қилиш, бемор ножўя хатти-ҳаракат қилганда ўзини тута билиш, бемор ва унинг яқин қариндошлари билан мулойимлик билан гаплашиш, врачга сиполик билан мурожаат қилиш ва унинг танқидий фикрларига босиқлик билан қулоқ солиш — тиббий ҳамширанинг асосий фазилатларидан бўлиши керак. Тиббий ҳамшира беморга ҳам, унинг қариндошларига ҳам ҳеч қандай ортиқча маълумотлар бермаслиги керак.

Бемор хузурида парвариш жараёнида вужудга келадиган асоратлар тўғрисида гапирмаслик ва даволаш жараёнида рўй бериш эҳтимоли бўлган камчиликларга диққатни жалб қилмаслик керак. Аксарият тиббий ҳамширанинг беморга даволовчи врач келгунга қадар шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишига тўғри келади. Агар тиббий ҳамшира даволаш муолажаларининг техникасини яхши билмаса у бундай ёрдамни кўрсата олмайди. Шунинг учун техникавий кўникмаларни доимо такомиллаштириб бориш ҳамширанинг вазифаси ҳисобланади. Тиббий ҳамшира даволаш муассасасидаги тартиб-интизомни сақлаб туриш ва кичик тиббий ходимдан ҳам унга риоя этишини талаб қилиши керак. Тиббий ҳамширанинг врачга муносабати уларнинг умумий ишни қилаётганлиги ва умумий мақсадга интилаётганлиги билан белгиланади. Интизомли, ҳаракатчан, саранжом-сарийшта ва озода тиббий ҳамшира врачнинг яхши ёрдамчисидир.

Бироқ врачнинг яхши ёрдамчиси бўлиши учун тиббий ҳамшира врачнинг ҳар бир кўрсатмасидаги маънони яхши тушуниб олиши ва уни онгли бажариши лозим. Бунинг учун у тиббий адабиётларни доим ўқиб бориб, олган билимларини такомиллаштириб туриши лозим. Тиббий ҳамшира врачнинг у ёки бу кўрсатмасининг зарурлигини тушуниб етганидан кейингина беморга тайин қилинган давонинг фойда бўлишига уни ишонтира олади. Тиббий ҳамшира ўзининг ҳамма шубҳаларини врачга маълум қилиши керак. Бундан ташқари, ўзининг хатти-ҳаракати билан врачнинг обрӯ-эътиборини мустаҳкамлаши, беморда врачга бўлган ишончини қувватлаб туриши керак.

Тиббий ҳамширанинг вазифаларидан бири бемор психикасини имкон борича эҳтиётлашга ва даволашнинг таъсирчанлигини оширишга қаратилган, тиббий ходимларнинг хатти-ҳаракати принциплари тўғрисидаги фан — тиббий деонтология қоидаларига пухта риоя қилиш ҳисобланади. Бемор билан хушмуомалада бўлиш ва унга меҳрибонлик қилиш, бемор ножўя хатти-ҳаракат қилганда ўзини тута билиш, бемор ва унинг яқин қариндошлари билан мулойимлик билан гаплашиш, врачга сиполик билан мурожаат қилиш ва унинг танқидий фикрларига босиқлик билан қулоқ солиш — тиббий ҳамширанинг асосий фазилатларидан бўлиши керак. Тиббий ҳамшира беморга ҳам, унинг қариндошларига ҳам ҳеч қандай ортиқча маълумотлар бермаслиги керак.

Бемор хузурида парвариш жараёнида вужудга келадиган асоратлар тўғрисида гапирмаслик ва даволаш жараёнида рўй бериш эҳтимоли бўлган камчиликларга диққатни жалб қилмаслик керак. Аксарият тиббий ҳамширанинг беморга даволовчи врач келгунга қадар шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишига тўғри келади. Агар тиббий ҳамшира даволаш муолажаларининг техникасини яхши билмаса у бундай ёрдамни кўрсата олмайди. Шунинг учун техникавий кўникмаларни доимо такомиллаштириб бориш ҳамширанинг вазифаси ҳисобланади. Тиббий ҳамшира даволаш муассасасидаги тартиб-интизомни сақлаб туриш ва кичик тиббий ходимдан ҳам унга риоя этишини талаб қилиши керак. Тиббий ҳамширанинг врачга муносабати уларнинг умумий ишни қилаётганлиги ва умумий мақсадга интилаётганлиги билан белгиланади. Интизомли, ҳаракатчан, саранжом-сарийшта ва озода тиббий ҳамшира врачнинг яхши ёрдамчисидир.

Бирок врачнинг яхши ёрдамчиси бўлиши учун тиббий ҳамшира врачнинг ҳар бир кўрсатмасидаги маънони яхши тушуниб олиши ва уни онгли бажариши лозим. Бунинг учун у тиббий адабиётларни доим ўқиб бориб, олган билимларини такомиллаштириб туриши лозим. Тиббий ҳамшира врачнинг у ёки бу кўрсатмасининг зарурлигини тушуниб етганидан кейингина беморга тайин қилинган давонинг фойда бўлишига уни ишонтира олади. Тиббий ҳамшира ўзининг ҳамма шубҳаларини врачга маълум қилиши керак. Бундан ташқари, ўзининг хатти-ҳаракати билан врачнинг обрӯ-эътиборини мустаҳкамлаши, беморда врачга бўлган ишончини қувватлаб туриши керак.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 6**

### **ШИФОХОНА ИЧКИ ИНФЕКЦИЯСИ, «ШАХСИЙ ГИГИЕНА» ҲАҚИДА ШИФОКОРНИНГ – БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТ ҚИЛИШИ.**

#### **ОҒИР БЕМОРЛАР – ТЕРИ, ШИЛЛИК ҚАВАТЛАРИ, СОЧЛАРИ ВА ТИРНОҚЛАРИ ПАРВАРИШИ.**

*1. Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши.*

*2. Шифохона ички инфекцияси ҳақида тушунча, шахсий гигиенанинг бемор соғлигини сақлашидаги ўрни.*

Шахсий гигиена — одам баданини (териси, сочи, оғиз бўшлиғи, тишларини), ич кийим ва ўрин-кўрпа анжомлари, кийимбоши, турар жойини озода сақлашни кўзда тутди. Шахсий гигиенага риоя қилиш соғайишга, соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлашга имкон беради.

**Беморнинг шахсий буюмлари гигиенаси.** Умуман олганда, беморнинг шахсий буюмлари тўплами ўртача миқдорда камайтирилиши керак. Шундай қилиб, иложи бўлса, янги фойдаланиладиган элементлардан ва янги ишлатиладиган нарсалар: эски китоблар ўрнига янги газета ва журналлар, қоғоз салфеткалари мато толаларининг ўрнига. Беморнинг шахсий буюмлари ёпиқ эшикли тумбаларда сақланади.

Беморнинг доимо ишлатиладиган шахсий буюмлари (кўзойнак, чандиқлар, сочлар, тиш чўткаси, тиш пастаси, совун идишида совун, карларга эшитиладиган эшитиш мосламаси, қайчи ва бошқа ) дезинфекцияга қилинади. Зарурат туғилганда, беморга шахсий тиббий буюмлар берилади: чикиндилар учун идиш, тупуриш учун идиш ва ҳоказо. Бу идишлар ишлатилганидан кейин дарҳол хонадан олиб ташланади ва яхшилаб ювилади. Бемор муолажаси тугатилгандан сўнг, индивидуал парваришlash воситалари қабул қилинган усуллардан бирига кўра дезинфекцияланади.

Хирургия бўлимида беморлар жундан тайёрланган кийим-кечак ва оёқ-кийим кийиши мутлақо мумкин эмас, чунки бундай кийимларни дезенфекция қилиш ва уларни ювиб олиш кийин. Беморнинг шахсий нарсаларини кундалик кузатуви палата ҳамширалари ва катта ҳамшираси томонидан назоратда бўлади.

#### **Бемор ўрнини тайёрлаш қоидалари.**

Бемор ўрнини тайёрлаш учун оклик ва ўринбош анжомларининг комплекти бўлиши зарур, унга тўшак, жилдлари бўлган иккита пат ёки пар ёстик, чойшаб, кўрпа билан кўрпа жилди ва сочиқ киради. Каравотга юзаси силлиқ ва қаттиқ жун ёки пахта тушак қўйилади. Ёстикларга тоза ва дазмолланган жилдлар кийдирилади. Чойшаб ва жилдларни бурма ҳосил қилмайдиган қилиб ёзиш керак.

#### **Ўринбош ва ич кийимларни алиштириш қоидалари.**

Окликларни навбатдаги санитария ювиб-тарашидан кейин одатда 7—10 кунда бир марта алиштирилади. Оғир беморларда буни катта эҳтиёткорлик билан бажарилади. Беморни аста-секин каравот четига суриб қўйилади. Агар аҳволи имкон берса, ёнбоши билан ётқизилади, кир чойшабнинг бўш турган ярмини эни бўйлаб орқага томон ўралади, бўшаб қолган жойга эса ярми ўралган тоза чойшаб ёзилади (1-расм, а, б, в). Тоза ва кир чойшаб ўрамлари ёнма-ён ётади.

Сўнгра беморни чойшабнинг тоза ярмига ётқизилади, кирини йиғиштирилади, тозасини ёзилади ва шу билан чойшаб солиш тугалланади. Агар беморга ўринда ҳаракатлар қилишга руҳсат берилмаган бўлса, чойшабни бошқа усул билан алиштирилади. Аввалига беморнинг бошини бир оз кўтарилади, чойшабнинг бош томонини белга бурма ҳолида йиғилади, сўнгра оёларини кўтарилади ва шу тариқа белга чойшабнинг иккинчи учини йиғилади, шундан сўнг уни бемор тагидан эҳтиётлик билан чиқарилади. Айна пайтида иккинчи томондан узунасига иккита ўрам қилиб ўралган тоза чойшабни бел остига киритилади, сўнгра уни иккала томондан — бош ва оёқлар тагига ёзилади. Ич кийимларни алиштиришда муайян кетма-кетликка риоя қилиш керак қўйлакни елкадан юқорига кўтарилади, аввал бошдан, сўнгра қўллардан чиқарилади, уни тескари тартибда кийинтирилади — қўйлакнинг олдин енги, сўнгра бош томони кийилади (2-расм, а, б).

Оёқ-қўл касалликларида ёки шикастларида ич кийимни аввал соғлом оёқ-қўлдан, кейин касал оёқ-қўлдан ечилади. Кийимни тескари тартибда, яъни аввал шикастланган оёқ-қўлга кийилади. Бемор бадан терисини парваришlash қоидалари. Беморга қарашда бадан терисининг озода бўлишини таъминlash муҳим. Агар беморнинг ахволи қониқарли бўлса, у душ ёки гигиеник ваннага, кўксининг юқори қисмидан ташқари, бутун гавдаси билан тушади. Ётиб қолган беморларга маҳаллий ванна тайинланади, холос.

Масалан, бемор қўл ёки оёқларини сувга солади. Сув ҳарорати + 37 — 38° С бўлади, муолажа давомлиги кўпи билан 15 минут. Оғир ётган беморларнинг юзини илиқ сувга ҳўлланган пахта билан артилади (сув ҳарорати + 36 — 37°С). Баданни кир совунли илиқ сувга ҳўлланган булутча ёки сочиқ билан қисм-бақисм: бўйин, кўкрак, қўллар, қорин, сон, оёқларни навбат билан, муайян кетма-кетликда қизаргунча ишқаб артилади. Ўридан турмай ётадиган режимдаги беморларга эрталабки ювиниш учун тўшаги олдига илиқ сув ва тоғорача тутилади. Улар талабалар ёрдамида аввал қўлини, сўнгра юзи, бўйни ва қулоқларини, қўлтиқ соҳасини, чов бурмаларини, сут безлари остидаги бурмаларни, айниқса кўп терлайдиган ва семиз беморларда цунт билан ювадилар, акс ҳолда тери бурмаларида бичилишлар ҳосил булади.

Жинсий органлар ва орца чиқарув йули соҳаси айниқса ҳунт билан парваришlashни талаб этади. Юрадиган беморлар шу мақсадда сув оцими вертикал бўлган махсус унитазлардан фойдаланишади ёки бошқа усулда остини ювадилар, ётган беморларнинг остини эса суткасига камида 1 марта ювилади. Бунда бемор чаноги тагига клеёнка ёзилади. Тагга қўйиладиган судно тутилади ва тиззаларни букиб, оёқларни бир оз кериш таклиф қилинади. Оралиққа қўйгичдан илиқ сув ёки кучсиз калий перманганат эритмаси йўналтирилади. Сўнгра корнцанг билан қисиб олинган стерил пахта илиқ сув билан жинсий органлардан орқа чиқарув йўлига томон бир неча ҳаракатлар қилинади (4-расм). Бошқа пахта пиликчаси билан оралиқни қурилади. Ётиб қолган беморларда ётоқ яралар пайдо бўлиши уларни яхши парвариш қилмаслик оқибатидир.

**Беморнинг шахсий буюмлари гигиенаси.** Умуман олганда, беморнинг шахсий буюмлари тўплами ўртacha миқдорда камайтирилиши керак. Шундай қилиб, иложи бўлса, янги фойдаланиладиган элементлардан ва янги ишлатиладиган нарсалар: эски китоблар ўрнига янги газета ва журналлар, қоғоз салфеткалари мато шолаларининг ўрнига.

Беморнинг шахсий буюмлари ёпиқ эшикли тумбаларда сақланади.

Беморнинг доимо ишлатиладиган шахсий буюмлари (кўзойнак, чандиқлар, сочлар, тиш чўткаси, тиш пастаси, совун идишида совун, карларга эшитиладиган эшитиш мосламаси, қайчи ва бошқа ) дезинфекцияга қилинади. Зарурат туғилганда, беморга шахсий тиббий буюмлар берилади: чиқиндилар учун идиш, тупуриш учун идиш ва ҳоказо. Бу идишлар ишлатилганидан кейин дарҳол хонадан олиб ташланади ва яхшилаб ювилади. Бемор муолажаси тугатилгандан сўнг, индивидуал парваришlash воситалари қабул қилинган усуллардан бирига кўра дезинфекцияланади.

Хирургия бўлимида беморлар жундан тайёрланган кийим-кечак ва оёқ-кийим кийиши мутлақо мумкин эмас, чунки бундай кийимларни дезинфекция қилиш ва уларни ювиб олиш

кийин. Беморнинг шахсий нарсаларини кундалик кузатуви палата ҳамширалари ва катта ҳамшираси томонидан назоратда бўлади.

**Озиқ – овқат ва кийимларини беморларга тарқатиш гигиенаси.** Бўлим ўрта тиббиёт ходимлари томонидан хирургик беморлар учун шифохона идораси томонидан берилган овқатлар ва нарсалар узатишни қатъий назорат қилади. Ҳар бир бўлимда ҳар бир беморнинг диетали жадвали бўлган беморлар рўйхати келтирилган. Беморлар дам олаётган жойларда, қабул қилиш ва қабул қилиш пунктларида кўрсатмалар кўрсатилиб, беморларга юборилиши мумкин бўлган маҳсулотларни кўрсатувчи кўрсатмалар жойлаштирилади. Ҳар бир бўлимда дезинфекция қилинмаслиги керак бўлган эски китоблар ва сарфланмаган нарсаларни ўтказиш, маҳсулотлар учун тегишли сақлаш шароитларини тақиқланади.

Янги полиетилен пакетларда олинган юқори калорияли ва тез бузиладиган маҳсулотларни бир ва икки кунлик муддат ичида ортиқча вазн орттирмаслик ва озиқ-овқат билан заҳарланишининг олдини олиш мақсадида тақиқланади. Спиртли ичимликлар ва аччиқ овқатлардан мутлақо истисно бўлиши керак. Овқатни ёпик тумбаларда сақлаш қатъиян тақиқланади. Ҳамшира мунтазам равишда касалхонада тумбаларни ва музлатгичларни текшириши керак.

**Беморга ташриф буюриш гигиенаси.**

жарроҳлик булимида инфекцияни тарқалишини олдини олиш ва касаллик инфекциясини чегаралаш мақсадида қариндош-уруғлар билан беморнинг алоқаларини максимал даражада камайтириш тавсия этилади. Беморларни ва ташриф буюрувчиларни ҳимоя қилиш учун муайян қоидалар ишлаб чиқилиши ва амалга оширилиши доимий назоратда бўлиши керак. Фойдаланувчиларнинг бемор палатасига киришлари биттадан ва махсус халат ҳамда бахиллалардан фойдаланиш кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари томонидан қатъий назорат остида амалга оширилиши лозим.

Меҳмонларга беморлар таъсир қиладиган хавф даражасини, айниқса, юқумли касалликлар каби минтақада эпидемия хавфини тушунтириши керак. Ўткир респиратор касалликларнинг юқори даврларида бўлимдаги беморларга ташрифлар иложи борича чекланган. Хирургик бўлимга ёш болалар билан ташриф буюриш тақиқланади.

Тўғридан-тўғри бевосита кириш фақат бўлимда ётадиган касалларга рухсат этилади. Реанимация бўлимида даволанаётган беморларни олдига кириш қатъиян маън этилади.

**БЕМОР ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ҚОЙДАЛАРИ.**

Оғиз шиллик пардасида ва тишларда ҳосил бўладиган қараш, шунингдек овқат қолдиқлари тиш чўткаси ёки стерил доқа салфетка билан кечкурун ва эрталаб механик тозалаб турилади. Тиш чўткасини тиш оралиқларини овқат қолдиқларидан ва тишларнинг ўзини қарашдан тозалаш учун тишлар уқи бўйлаб юқори жағда — юқоридан пастга ва пастки жағда — пастдан юқорига томон юргизилади. Сўнгра тиш чўткасини илиқ тоза сув билан совунлаб ювилади, совун суртиб, кейинги гал фойдаланишга қадар қолдирилади. Қаттиқ овқатни чайнашда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши юз беради. Оғир ахволдаги беморларда бу жараён бузилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш тиш чўткасидан фойдаланишда шиллик парда шикастланишининг олдини олиш, уни ишқалаш, ювиш ёки чайишдан иборат.

Тишлар ва тил 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, физиологик эритмага ҳўлланган доқа ёки пахта пиликчали пинцет ёрдамида артилади. Ҳар бир тишни алоҳида-алоҳида, айниқса бўйин қисмини қунт билан артилади. Юқори жар тишларни артиш учун лунж шиллик пардасида орқа жағ тишлар сатҳида жойлашган цулоҳ олди безининг чиқарув йулига инфекция тушишининг олдини олиш учун лунжни шпатель билан обдан тортиб туриш лозим.

Оғир ахволдаги беморларда оғиз бўшлиғини ҳар гал овқатлангандан сўнг резина баллон ёрдамида ювилади. Бунинг учун оғизни артишда ишлатилган дори эритмаларидан фойдаланилади. Суюқликнинг нафас йўлларига тушиши учун беморни бошини бир оз энгаштириб ўтқазиланди. Бўйни ва кўксини клеёнка фартук билан бекитилади, иягига



эса буйраксимон тоғорачани тутиб турилади. Оғиз бурчагини шпатель билан тортиб турилади ва ўртача босимдаги суюқлик оқими билан аввал лаб бурмаларини, сўнгра эса оғиз бўшлиғининг ўзини ювилади қайд этади, яъни исми шарифини, оилавий ахволини, касбини, турар жойи ва иш жойини ёзиб қўяди.

Кейин бемор палатага жойлаштирилади, тиббий ҳамшира бемор тушганлиги туғрисида палата врачига, тунда навбатчилик қилаётган навбатчи врачга хабар беради.

Касаллик тарихи янги тушган касаллар папкасига солиб қўйилади. Кичик тиббий ҳамшира беморни унга ажратилган жойга жойлаштиради.

Беморнинг аксарият вақти тушакда ўтишини ҳисобга олиб уни қулай ва тоза тўшак билан таъминлаш керак.. Темир каравот осон ювилади, уни дезинфекциялаш осон.

Каравотни беморга ҳар томонлама яқинлашиш кераклигини ҳисобга олиб ва ёнидаги каравотдан камида 1,5 м масофада қўйиш керак. Каравотни у ёки бу томонга суриш учун у ғилдиракчали бўлиши керак. Беморга ҳар хил функционал ҳолатлар бериш учун функционал каравотлардан фойдаланилади. Каравот ёнида столча бўлиши шарт. Беморларнинг ўринбош анжомлари ва кийим-кечаклари ҳафтада бир марта, гигиеник ваннадан кейин алиштирилади. Айрим ҳолларда зарурат бўлганда, бир неча марта алиштирилади. Бўлимда оқликлар бир кеча-кундузга етарли даражада жамланган бўлиши керак.

Ўринбош анжомларини, айниқса оғи беморларга тиббий ҳамшира алиштиради. Ўринбошларни алиштиришнинг ҳар хил усуллари бор. Беморга юриш рухсат этилган бўлса, кичик тиббий ҳамшира ёрдамида унинг ўзи алиштириши мумкин. Тўшакда ётадиган беморларга уни алиштириш қийинроқ. Бунинг учун чойшабни бош томондан ўраб, юмалатиб оёқ томонидан олинади. Тоза чойшабни бинт каби икки томондан ўраб беморнинг думғазаси тагидан ўтказилади, кейин бош ва оёқ томонига қараб ёйилади. Ўринбош анжомларини икки киши алиштиради.

Беморнинг қўйлагини алиштириш учун белидан бошлаб қўйлак кўтарилиб турилади, бўйнига келтириб, қўллари баландга кўтарилади ва қўйлак эҳтиётлик билан бошидан чиқариб олинади. Кейин қўлларидан чиқарилади. Кийинтириш тескари тартибда амалга оширилади: олдин енглари кийгизилади, кейин бошидан ўтказилади ва бемор тагига ёйилади. Агар беморнинг қўли жароҳатланган бўлса, аввал беморнинг соғ қўлидан, кейин жароҳатланган қўлидан ечилади.

Оғир касалларда терини парвариш қилишга алоҳида аҳамият берилади. Ўзи юра оладиган беморлар ҳар куни эрталаб ювинадилар, тишларини тозалайдилар ва ҳафтада бир марта гигиеник ванна қабул қиладилар. Тўшакда ётган беморлар бадан терисини ҳар куни дезинфекцияловчи эритмалар билан артилади. Эритма бўлмаса, терини илиқ сувда ҳўлланган латта билан артиш мумкин.

Тиббий ҳамшира беморнинг бурун, кулоқлари ва кўзларини ҳам парваришлаб бориши керак. Бемор тумов бўлса унинг рўмолчасини тез-тез алиштириб туриш керак. Бурун қанотларига вазелин суртилади. Кулоқ бурмаларини, унинг орқасини илиқ сувда совунлаб ювилади ва қуруқ қилиб артилади. Кўзни ҳар куни юз юваётганда ювилади. Бунда борат кислотанинг эритмасидан фойдаланиш мумкин. Ҳамшира яна сочлар тозалигини назорат қилиб бориши керак. Оғир касаллар бошини 7—8 кунда камида бир марта ювиш керак. Ҳамшира беморнинг чотини юва билиши керак. Ювишда калий перманганат ёки бошқа дезинфекцияловчи эритмалар ишлатилади. Бунинг учун корнцанг ва пахта керак бўлади. Бемор тагига (тоғорача) судно қўйилади. Чап қўлга эритма тўлдирилган кўзачани, ўнг қўлга зарасизлантилган пахта қистирилган қискич (корнцанг) олиб жинсий органларни орқа чиқарув тешиги томон ювилади, кейин ихуруҳ пахта билан артилади.

Беморларни ваннада чўмилтириш учун уни бемор ўтиргунча сув билан тўлдириш керак. Сув ҳароратининг бир хил бўлиши учун уни аралаштириб турилади. Заифлашган беморлар учун ярим ванна тайёрланади, яъни бемор ўтирганда сув оёқларини ва қорнининг пастки қисмини кумиб туриши керак. Агар беморга ванна тақиқланган

бўлса, уни душга туширилади. Бунинг учун ваннага тахта кўйилиб бемор унга ўтказилади. Улар ваннадаги каби бош қисмидан бошлаб ювинтирилади. Ювиниб бўлгандан кейин беморларга кўйлак, лозим, пайпоқ, шиппак ва халат берилади.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 7**

### **ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯ ТУШУНЧАСИ, ТУРЛАРИ БЎЙИЧА ШИФОКОРНИНГ – БЕМОР БИЛАН МУЛОКОТИ.**

#### **БЕМОРЛАРГА СУДНА, СИЙДИҚДОН ТУТИШ ВА УЛАРНИ ТОЗАЛАШ**

- 1. Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти.*
- 2. Бемор билан мулоқотда операция моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар.*

Тиббиёт хамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда, беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини: оғир ўй-фикрлардан ҳоли қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, кўнглида соғайиб кетишга ишонч уйғотиши керак.

Бунда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини ва мазкур фурсатдаги ахволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса («Сал оғрийдию, лекин кейин енгил тортасиз» — деб), бошқасини ҳар хил гап-сузлар билан андармон қилиш керак булади. Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугагини сўрашади.

Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай яқунланишига келганда ҳамиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак. Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва кўрқинч уйғотадиган: «шок», «агония», «қон туфлаш», «гематома», «коллпс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак.

Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сузларни эшитиб, кўнглига тугиб кўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг ахволини оғирлаштириб кўйиши, баъзи ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳо «беморлар бетоқат, даводан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-хуш айниб қолиши, галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап таллашиб ўтириш ярамайди, лекин даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга ахволи унча оғир бўлмаган беморлар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: палаталарда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар. Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари интизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо кўполлик қилмасликлари керак. Бемордан дардининг бедавولىгини ёки ахволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдаи олдин врач билан маслаҳатлашиш керак.

Айниқса телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб врач билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим. Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулойимлик билан» лекин қатъиян рад этмоқ керак. Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда

хар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 8**

### **ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ДАВОЛАШДАГИ МУОЛАЖАЛАРИ. ИЧАК ВА СИЙДИК ОҚМАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ.**

**Хирургик беморларни қабул қилиш қоидалари.** Касалхонага қабул қилинаётган беморлар, антропометрия текширувларидан ўтади. У тана параметрларини ўлчашдан иборат. Тиббиёт ходимлари беморлар оғирлигини ўлчайди (одатда, оч қоринга, эрталаб, қовуқ ва тўғри ичакни бўшатгандан кейин). Бу иш алоҳида аҳамиятга эга. Патологик жараённинг динамикасини кузатиш учун фойдаланилади. Мисол учун, тана массасининг ошиши шишларнинг кўпайганлигини билдиради, унинг камайиши эса, етарлича овқатланмаётганлигини, яллиғланиш процесси оғир кечаётгани ва ҳақозаларни билдиради. Кейинги антропометрик кўрсаткич, бўй баландлигини ўлчаш, тана массасини билган ҳолда, тана массаси индексини, идеал тана массаси ва бошқаларни ҳисоблаб топиш мумкин. Ушбу кўрсаткичлар кучли таъсир кўрсатувчи дориларни тайинлашда муҳим аҳамиятга эга. Қабул бўлимида аниқланадиган кейинги кўрсаткич кўкрак қафасининг айланаси ҳисобланади. Бу кўрсаткич тери ости ёғ тўқимаси ва скелет тизимининг умумий ҳолатини акс эттиради.

**Беморлар қабул қилинганда санитар ишловдан ўтишлари керак.** Тўлиқ санитар ишлов бериш беморни ваннада ёки душ остида ювинтириш, ич кийимларини дезинфекциялаш ва дезинсекциялаш, шунингдек, хонага санитар-гигиеник ишлов беришни ўз ичига олади.

Қисман санитар ишлов бериш – танани қисман ювишни ва ич кийимларни алмаштиришни ўз ичига олади. Беморларга бошқа ич кийим берилганидан сўнг, улар шу ич кийимда бўлимга киришади. Ҳозирги вақтда бу қоидага доим ҳам амал қилинмайди, асосан махсус ва ҳарбий шифохоналарда ушбу одат сақланган. Бунинг сабаби шундаки, кўплаб беморлар шифохонага келишдан олдин ювинишади ёки душ қабул қилишади.

Қабул қилинувчи беморлар ваннада ёки душ остида ювинтирилади. Дастлаб, ваннага 0,5% хлорли эритма ёки 1-2% хлорамин эритмаси билан ишлов берилади. Кейин ваннани иссиқ совунли сув билан яхшилаб ювиб, тўлдирилади. Ваннадаги сув ҳарорати тахминан 42 даража бўлиши керак.

Ҳаддан ташқари буғланишнинг олдини олиш учун, олдин совуқ сув ваннага қуйилади, сўнгра иссиқ сув қуйилади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлганда, улар ваннадаги скамейкага ўтирғизилади ва устидан сув қуйилади.

Тана қисмларини ювиш кетма-кетлиги:

- бош ювилади;
- қўл ва кўкрак қафаси;
- чот ораси, қорин соҳаси ва бел;
- оёқлар.

Санитар ишлов бериш ва антропометриядан сўнг беморлар тиббий ходимлар билан биргаликда кўриқдан ўтказиш хоналарига борадилар ва шундан сўнг ташҳис қўйиш ва даволаш тактикаси белгиланади.

Қабул қилиш бўлимининг шифокорлари ўрта тиббиёт ходимлари билан биргаликда касаллик тарихини тўлдирадилар (беморнинг стационар картаси). Унинг титул саҳифасида қуйидагилар мавжуд:

- фамилияси, исми, отасининг исми,
- ёши (ва туғилган санаси),
- яшаш жойи,

- беморнинг иш жойи,
- якин қариндошлари телефонлари ёки манзиллари,
- ногиронлик ҳақида гувоҳнома, дориларга аллергияси ҳақида, қон гуруҳи, касалликнинг бошланиш даври (фавкулдда касалхонага ётқизилганлар учун) тўғрисида эслатма.

• Юборган муассасанинг диагнози, қабул қилингандаги дастлабки диагноз, клиник диагноз ва унинг қўйилган санаси киритилади.

Титул варақда бемор анамнезида вирусли гепатити борлиги, ундан олинган нарсаларда ва беморнинг ўзида педикулёз белгиларининг мавжудлиги тўғрисида маълумотлар махсус ёзиб қўйилади.

Бемор шифохонадаги тартиб қоидалар билан танишиб чиққанлиги ва уларни бузмасликка розилигини билдириб имзо қўяди.

Қабул бўлимининг шифокор-мутахассислари томонидан бемор кўриқдан ўтганида, улар тўплаган маълумотлар касаллик тарихига киритилади, кўшимча текшириш усулларини тайинлаш тўғрисидаги кўрсатмалар берилади.

Шифокорлар кўриқдан ўтказиш қоидаларига риоя қилишлари керак: Дастлаб инвазив бўлмаган усулларни қўллаш ва сўнгра уларнинг мураккабланиши бориши, оғирлашуви ва нархини ошишига қараб тайинлаш лозим. Минимал травматик усуллар доимо кўпроқ травмага олиб келадиган усуллардан олдин қилиниши керак.

Хирургик стационарга қабул қилинаётганларнинг ҳаммасида бажарилиши керак:

- умумий қон тахлили;
- RW -га (захмга) қон тахлили;
- флюорография;
- кексалар учун ЭКГ текшируви ҳам ўтказилади.

Қолган текширувлар аниқ кўрсатмалар бўйича бажарилади. Бунинг учун қабул бўлимининг шифокори қўл остида мавжуд:

- рентген хонаси,
- ультратовуш текшируви хонаси,
- эндоскопия бўлими,
- фавкулдда лаборатория ва бошқалар.

Навбатчи бўлим шифокори зарур бўлганда консултация учун шифохона бўлимларидан мутахассисларни таклиф қилиши мумкин.

Режа бўйича қабул қилинадиган беморларни стационар даволанишга юборган поликлиникаларда текширувдан ўтказиш керак. Улар қўлида ултратовуш, умумий тахлиллар, рентгенограммалар ва бошқа текширувлар натижалари билан қабул бўлимига келишади.

Оғир аҳволда бўлган, гомеостазнинг беқарор кўрсаткичлари билан келган беморларга биринчи тиббий ёрдам қабул бўлимида кўрсатилади.

**Хирургик касаллар транспортировкаси.** Зарур бўлганда, беморни қабул бўлимидан дарҳол жарроҳлик ёки реанимация-анестезиология бўлимига ёки операция хонасига транспортировка қилиш мумкин.

Беморларни транспортировкаси шифокор томонидан белгиланади ва беморнинг аҳволига ва касалликнинг хусусиятларига боғлиқ бўлади.

Мустақил равишда ҳаракатлана оладиган беморлар ҳамшира ёки санитарка билан бирга пиёда хирургик бўлимга боришади. Оғир беморлар каталка ёки кресло-каталка ёрдамида, ётган ҳолда транспортировка қилинади.

Беморларнинг тўғри транспортировкаси асоратларни олдини олади. Шунинг учун **хирургик беморларни транспортировкасининг қуйидаги усуллари ажратилади:**

1. Бош суяги синишларида бемор транспортировкаси носилканинг (9амбилнинг) бош қисми туширилган ҳолатда, бемор орқасига ётган ҳолда, ёстикларсиз амалга оширилади. Боши атрофига одеал ёки кийимдан ёстик ясаб қўйилади.

2. Бемор умуртқа поғонаси синганда белига шит (тахта) кўйиб транспортировка қилинади. Мабодо, носилкалар (замбиллар) оддий бўлса бемор қорнига ётқизилади. Умуртқа поғонасининг бўйин қисмининг ёпиқ шикастларида бош ва бўйин нарвонсимон шиналар билан иммобилизация қилинади ва юмшоқ, кўп пахта сақлайдиган боғлам бўйин атрофига кўйилади.
3. Қўлнинг синиши ва чиқишларида қўлни транспорт шиналар ёрдамида кўкракка кўйиб бинтланади ёки унинг остига ёстиқ кўйилади
4. Оёқлар синганда синган соҳа остига тахланган одеал кўйилади
5. Қовурғалар синганда беморга ярим ўтирган ҳолат берилади
6. Чанок суяклари синганда бемор “қурбақа” ўтиришида ўтиради – орқага ўтирган, тизза букилган ва кенгайтирилган, тизза остига ёстиқча кўйилади (ёстиқ ёки тахланган одеал)
7. Оёқ ёки қўллардан қон кетаётганда, жгут ва транспорт иммобилизацияси кўйилгандан кейин жароҳатланган қўл ёки оёққа юқорига кўтарилган ҳолат берилади ва шу ҳолатда транспортировка қилинади.
8. Кўкрак қафаси шикастланганда беморни ярим ўтирган ҳолатда тиззаси остига одеал кўйган ҳолда транспортировка қилинади.
9. Қорин шикастланганда ва ички қон кетишларда қорин олдинги деворлари мушаклари бўшашиши учун бемор орқасига ётқизилади, оёқлари остига одеал кўйилади, кўп қон йўқотилганда эса бош ҳам туширилади
10. Куйган беморларни куймаган тана қисми билан ётқизишга ҳаракат қилинади. Куйган соҳа стерил марли ёки чойшаб билан ёпиб кўйилади.
11. Ҳушсиз беморлар қорнига ётқизилган пешона ва кўкрак остига ёстиқ кўйилган ҳолатда ёки қусганда аспирациянинг олдини олиш мақсадида ёнбошга ётқизилган ҳолатда транспортировка қилинади.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 9**

### **НАРКОЗ ТУШУНЧАСИ, ТУРЛАРИ, АСОРАТЛАРИ БЎЙИЧА ШИФОКОРНИНГ БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТ ҚИЛИШИНИНГ АХАМИЯТИ.**

#### **ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА БУРУН БЎШЛИҚЛАРИ ПАРВАРИШИ**

### **НАРКОЗ**

**Наркоз** (юнон. наркосис- карахтлик)- сунъий йўл билан (баъзи кимёвий моддалар ва бошқа омиллар таъсирида) ҳосил қилинадиган чуқур уйқу ҳолати, бунда киши оғриқни сезмайди, скелет мушакларини бушаштиради, ихтиёрий ҳаракат қила олмайди, эс-хуши бутунлай ёки қисман йўқолади. Буларнинг барчаси битта ёки бир нечта умумий анестетикларнинг киритилиши билан боғлиқ бўлиб, беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ва тиббий процедура турига қараб оптимал дозада ва уларнинг комбинацияси анестезиолог томонидан танланади.

Анестезиянинг асосий мақсади организмнинг жаррохлик аралашувига, биринчи навбатда оғриқ хисларига бўлган таъсирини секинлаштиради.

Анестезия ўтқизишда шуни ҳам таъкидлаш керакки, юрак уришлар сонининг купайиши(тахикардия), артериал қон босимининг ошиши (артериал гипертензия) билан характерланадиган жаррохлик жароҳатига нисбатан организмнинг вегетатив (автоматик) реакциясини сўндиришга қаратилган. Вегетатив реакцияларни сундиришга оғриқсизлантириш ёки аналгезия дейилади.

Анестезиянинг учинчи компоненти – миорелаксация ёки мушаклар бўшашиши бўлиб, бу жаррохлар ишлаши учун қулай шароит яратади. Оғриқ билан курашиш асосий вазифа ҳисобланиб: оғриқ бўлмаса физиологик химоя механизмлари ҳам ишга тушмайди. Анестезиологнинг асосий вазифаси- бу каби воқеалар ривожининг олдини олиш.

#### **Классификация.**

➤ Умумий наркоз билан асаб тизимига таъсир қилувчи омиллар ҳақида: наркознинг асосий тури фармакодинамик наркоз ( бир ёки бир неча фармакологик дориларни қўллаш).

Бундан ташқари электронаркоз ва гипнонаркоз мавжуд. Бирок, улардан фойдаланиш жуда чекланган

➤ Ишлатиладиган дори сони бўйича:

- Мононаркоз- наркоз сифатида бир хил воситадан фойдаланиш
- Аралаш наркоз- бир вақтда бир неча хил дори воситадан фойдаланиш
- Комбинацияланган наркоз- наркоз учун турли воситалар ёки уларнинг моддалар билан комбинацияси, организмнинг айрим функцияларига танлаб таъсир этиши учун фойдаланилади.

Охиргисини кўп компонентли наркоз деб ҳам атайдилар.

➤ Операциянинг турли босқичларида фойдаланишига қараб:

- Кириш наркози- қисқа муддатли, тезкор бошланиб қўзғалувчанлик фазаси булмаган наркоз. Беморни тез уйқуга киритиш ва шунингдек, асосий наркотик препарат миқдорини камайтириш учун ишлатилади.

- Сақлаб турувчи наркоз- бутун операция давомида ишлатиладиган умумий анестезия. Агар асосий наркозга бошқа модда қўшилса бу қўшимча тури дейилади.

- Асосий наркоз- умумий наркоз тури бўлиб, бунда ишлатиладиган асосий наркоздан олдин ёки бир вақтда анестетиклар қилиниб асосий наркотик воситанинг миқдори камайтирилади.

### **Наркоз турлари.**

➤ Ингаляцион- дори воситасини киритиш нафас йуллари орқали амалга оширилади. Газларни киритиш усулига қараб қуйидагиларга ажратилади:

- Ниқобли
- Эндотрахеал
- Эндобронхиал

➤ Парентерал (томир ичига, мушак орасига, ректал)

➤ Комбинирланган наркоз (оғриқсизлантириш турли наркотик воситаларнинг изчил қўлланилиши ва уларни киритиш усуллари ёрдамида эришилади).



### **Наркоз босқичлари.**

Замонавий анестезиологияда наркозга енгил киритиб ва чиқариш учун хавфсизроқ бўлган дори воситалар ишлатилмоқда. Анестезиолог бир вақтда бир нечта хил гуруҳга (бензодиазепинлар, барбитуратлар, пропофол, ингаляцион анестетика) мансуб дори воситалардан фойдаланиб беморда кўзгалувчанликни ва ноқулайликни йўқотади. Бунда наркознинг босқичлилиги клиникада намоён бўлмайди ва уни фақат кенгайтирилган мониторингда кўриш мумкин (ЭЭГ, тренд АД).

Академик мақсадда классик эфир мононаркозининг қуйидаги босқичлари фарқланади:

- I — анальгезия босқичи ;
- II — кўзгалиш босқичи;
- III — жаррохлик наркози босқичи:
- 1- даража (III) — юзаки наркоз,
- 2- даража (III) — енгил наркоз,
- 3- даража (III) — чуқур наркоз,
- 4- даража (III) — ўтачуқур наркоз:
- IV — агонал босқич.

### **Наркознинг абсолют қарши кўрсатмаси.**

Умумий анестезияга абсолют қарши кўрсатма йўқ. Агар бемор шошилиш жаррохлик амалиётига мухтож бўлса унда умумий анестезия қилинади. Саналган барча абсолют қарши кўрсатмалар маҳаллий анестезия ва режали жаррохлик амалиётида умумий наркозни ишлатишга таалуклидир.

- Гормон етишмовчилиги бўлган касалликларда
- Ички органларнинг декомпенсирланган патологиясида (юрак-кон томир тизими, паренхиматоз аъзолар)
- Эндокрин тизимининг дукомпенсирланган патологиясида
- Юрак ритмининг бузилишида, сабабидан қатъий назар
- Бронхиал астманинг оғир босқичида
- Ўтказилган миокард инфаркти холати ёки бош мианинг қон билан таъминланишининг ўткир бузилишида
- Ўткир алкоголь ёки наркотик захарланишда

### **Наркоз мақсадида ишлатиладиган баъзи дори воситалар.**

Тарихда уларнинг кашфиёти ва қўлланилиши тартибида:

- Этил спирти
- Азот оксиди (Dinitrogen oxide)
- Диэтил эфир
- Хлороформ
- Гидроксидиона натрия сукцинат
- Фторотан
- Кетамин
- Изофлюран<sup>[en]</sup>
- Севофлюран<sup>[en]</sup>
- Ксенон
- Пропофол
- Десфлюран

### **Наркознинг асоратлари.**

Қуйидаги асорат турлари мавжуд:

- Нафас олиш тизимининг бузилиши (гипоксия).
- 1. Гиперкпния
- 2. Ларингоспазм

### 3. Бронхоспазм

- Юрак-қон томир тизмида бўладиган бузилишлар.

1. Артериал гипотензия
2. Артериал гипертензия
3. Ўткир миокард инфаркти
4. Ўпка шиши
5. Ўпка артерияси тромбоэмболияси

- Бошқа асоратлар.

1. Ўткир буйрак етишмовчилиги
2. Терморегуляциянинг бузилиши
3. Аллергик реакциялар
4. Интернаркоз уйғаниш

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 10

### **БЕМОРНИ ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ДАВРИДА ШИФОКОР ТОМОНИДАН ОЛИБ БОРИЛИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН МУОЛАЖАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ. ОҒИР БЕМОРЛАРНИ КЎЗ ВА ҚУЛОҚЛАРИ ПАРВАРИШИ.**

Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугадини сўрашади. Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай якунланишига келганда ҳаммиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак. Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва кўрқинч уйғотадиган: «шок», «агония», «қон туфлаш», «гематома», «коллапс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак. Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сузларни эшитиб, кўнглига тугиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг ахволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳи «беморлар бетоқат, давондан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-ҳуш айниб қолиши, галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап таллашиб ўтириш ярамайди, лекин даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга ахволи унча оғир бўлмаган беморлар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: палаталарда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар. Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари интизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо қўполлик қилмасликлари керак. Бемордан дардининг бедаволигини ёки ахволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдаи олдин врач билан маслаҳатлашиш керак. Айниқса телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб врач билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим. Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулойимлик билан» лекин қатъиян рад этмоқ керак. Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда ҳар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин.



Тиббиёт хамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 11**

### **БЕМОРНИНГ РУХИЙ ХОЛАТИ - ТУШКУНЛИК, ШОК, ҚУРҚУВ, ҒАМ - АНДУХ, ХАЯЖОН ХОЛАТЛАРИДА ШИФОКОРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ. ҚУСАЁТГАН БЕМОРГА ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

*1. Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг ахамияти.*

*2. Бевосита бемор ва беморнинг ота-онасига операциядан кейинги парвариш ҳақида тушунча бериш ва бажаришнинг бемор соғлигидаги ижобий ўзгаришлардаги ўрни.*

Беморларни булимда олиб юриш усулларини даволовчи врач белгилайди. Бу эса беморнинг умумий аҳволига боғлиқ булиб, замбилда, юмшоқ курси, курси-замбилларда, кўлларда олиб юрилади. Беморни, айниқса оғир ётган беморларни олиб юришнинг энг осон ва қулай усули — замбилда олиб юриш усулидир. Беморларнинг замбилдаги ҳолати ўзи учун қулай бўлиши (касалнинг мижозига, шикастланиш турларига, оғир-енгиллигига боғлиқ) керак. Беморларни каравотдан замбилга иккита ходим кўтариб ётқизади — бири боши, буйин, кўкрак соҳаларидан кутарса, иккинчиси бел ва сон соҳаларидан кўтаради. Беморларни олиб юришда бир хил горизонтал ҳолатда сақлашга ҳаракат қилинади. Зинапоядан пастга олиб тушишда замбилнинг олдинги қисми анча кутарилади. Зинапоядан юқрига олиб чиқишда эса беморнинг бош қисми олдинга булиб, замбилнинг пастки қисми кўтарилиб текис ҳолатга эришилади.

Операциядан кейинги беморларни, айниқса болаларни парвариш қилишда икир-чикирларнинг узи йуқ. Бунда ҳамма нарса врач кўрсатмаларини пухта бажариш, тана ҳарорати, артериал босим, пульс тезлиги, нафас олишни мунтазам ўлчаб-ҳисоблаб бориш; ичилган ва ажратилган суюқлик миқдорини, неча марта ич келиши ва ахлат характерный қайд қилиш муҳим. Операциядан кейинги жароҳат ҳолати устидан синчиклаб кузатиш, боғлам ёки пластирни текшириб кўриш, бемор аҳволидаги ҳар қандай ўзгаришларни ёзиб бориш, оғир бемор учун махсус карта тўлдириш ва врачга мунтазам ахборот бериб туриш лозим. Қон кетиши, юрак, нафас тухташи каби асоратлар пайдо бўлганда врач келгунча зарур ёрдам кўрсатиш талаб этилади. Айниқса кичик ёшдаги болалар ўринда мажбурий вазиятда сабр-тоқат қилиб ётиш зарурлигини англаб етмайдилар. Шунинг учун бола операциядан кейин ўз саломатлигига путур етказмаслиги учун махсус чоралар кўришга тўғри келади. Шундай чоралардан бири беморни операциядан кейин ўринда қимирламайдиган қилиб ётқизишдир. Бунинг учун боланинг оёқ-кўлларини каравотга бинт ва пахтадан тайёрланган юмшоқ; манжеткалар ёрдамида боғлаб қўйилади. Зарурат бўлганда болани танасидан энлик юмшоқ; белбоғ билан боғлаб қўйилади. Бунда қаттиқ боғлаш сира мумкин эмас, чунки бу оғриқ кучайишига сабаб бўлади, веноз қон димланиб қолади. Тери билан манжетка орасидан бармоқ бемалол ўта оладиган бўлиши керак.

Маҳкамлаб қўйиш давомлилиги боланинг ёшига ва операциядан кейинги аҳволига боғлиқ. Операциядан дастлабки соатларда беморларда наркозга жавоб реакцияси

натижасида қусиш рўй беради. Шунга кўра операциядан кейинги беморларни шиоятда кунт билан кузатиб бориш лозим. Болада қусиш аломатлари пайдо бўлиши билан боланинг бошини ён томонга буриш, идиш тутиш, кусуқ массалари тушгандан сўнг оғиз бўшлиғини олдиндан тайёрлаб қўйилган стерил дока боғлам билан артиш керак. Қусиш такрорланиб туриши мумкинлигини ҳисобга олиб беморларни наркоздан бутунлай уйғонгунча ва қусиш тухтагунча кузатиб бориш зарур.

Операциядан кейин қаттиқ ташна бўладилар. Бола фақат врач рухсати билан у белгилаган миқдорда суюқлик ичиши мумкин. Болаларда операциядан кейинги яқин ўтган даврда оғриқ қолдиришга ҳаракат қилишнинг аҳамияти катта. Агар бола операцион жароҳат ёки бошқа жойдаги оғриқдан шикоят қилса, бу ҳақда зудлик билан врачга муурожаат қилиш керак.

Операциядан кейинги даврда касал боланинг умумий гигиеник парваришларнинг аҳамияти катта. Беморга операцион жароҳат соҳасини кир қилмай ёки ҳўл қилмай қўл ювиш, ювиниш, овқат ейишни ўргатиш лозим. Ўринда ётиб қолган катта ёшдаги беморларни ва илк гўдак ёшидаги болаларни тиббий ҳамшира кичик тиббий ходим билан бирга гигиеник жиҳатдан ювиб-тарайди.

Ҳамшира ҳеч қачон беморга ёки даволаниш жараёнида иштирок этмаётган бошқа шахсга касаллик тарихини кўрсатмаслиги керак. Тиббий ходимлар даволаётган шифокор рухсатисиз унинг касали ҳақида маълумот берганда нохуш ҳолатлар бўлгани кўп кузатилган.

«**Шифокор сири**» деган тушунча бўлиб, уни ҳеч ким бекор қилмаган. Тиббий деонтологиянинг энг жиддий муаммоларидан бири тиббиёт ходимлари ва жамият ўртасидаги муносабатдир.

Тиббиёт муассасаларида масъул ходимларни, тиббий муассасага моддий ёрдам кўрсатишга қодир бўлган саноат ва йирик қишлоқ хўжалиги корхоналари вакиллари ун ичига оладиган тиббий муассасаларда васийлик кенгашларини ташкил этиш зарур. Ўз навбатида, тиббий муассасалар корхоналар ходимларини даволаш ва диагностика қилиш бўйича мажбуриятларни олади.

Тиббий ходимларнинг корпоратив этикасини, шифохонада ҳар хил мутахассислардан ташкил топган жамоа ишлашини, тиббиёт муассасасининг ижобий баҳоланиши барча ходимларнинг яхши номидан келиб чиқишини унутмаслик керак.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 12

### ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРИДА ШИФОКОР ТОМОНИДАН ОЛИБ БОРИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН ПАРВАРИШ МУОЛАЖАЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ. БЕМОРЛАР ТАНА ҲАРОРАТИНИ, ПУЛСИНИ ВА АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ЎЛЧАШ.

1. Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг аҳамияти.
2. Бемор организмни физиологик оператив муолажага тайёрлаш моҳияти.
3. Бемор болани операцияга руҳий тайёргаликнинг аҳамияти.

**Жарроҳлик парвариш** – беморга унинг асосий ҳаётий эҳтиёжларини қондириш ва патологик шароитда ёрдам беришга мўлжалланган касалхонада шахсий ва клиник гигиенани амалга оширишдаги тиббий фаолият.

Шундай қилиб, **жарроҳлик ёрдамнинг асосий вазифалари қуйидагилардан** иборат:

- 1) бемор учун мақбул турмуш шароитларини таъминлаш, касалликнинг ижобий йўналишига ёрдам бериш;
- 2) шифокор тайинлаган муолажаларнинг бажарилиши;
- 3) беморни тиклашни жадаллаштириш ва асоратларни камайтириш.

Жарроҳлик парвариш **умумий ва махсусга** бўлинади.

**Умумий жарроҳлик парвариши** бўлимда санитария-гигиена ва тиббий-ҳимоя режимларини ташкил этишдан иборат.

**Санитария-гигиена режими**га қуйидагилар кирди:

1. Биноларни тозалашни ташкил қилиш;
2. Беморнинг гигиенасини таъминлаш;
3. Нозокомиал инфекцияни олдини олиш.

**Даволаш-ҳимоя режими:**

1. Бемор учун қулай муҳит яратиш;
2. Дори воситалари билан таъминлаш, уларнинг тўғри дозалари ва табиб томонидан белгиланган тартибда қўлланилиши;
3. Патологик жараённинг табиатига мувофиқ беморнинг сифатли овқатланишини ташкил этиш;
4. Беморларни муайян ва жарроҳлик аралашувга тўғри манипуляция қилиш ва тайёрлаш.

**Хирургик беморлар парвариши хусусиятлари қуйидагиларда ахамиятли:**

1. Касалликдан келиб чиққан органларнинг ва тизимларининг бузилишлари (патологик марказ);
2. Оғриқсизлантиришнинг зарурати ва оқибатлари; операцион травмалар.

**Сочни парвариш қилиш.** Беморларнинг кўпчилиги кундалик равишда сочларини парвариш қилишади, уларни шахсий тароқ билан тарашади. Бошқа беморлар тароқларидан фойдаланиш қатъиян тақиқланади. Душ қабул қилиш пайтида барча беморлар бошларини ювадилар. Оғир беморлар сочларини ювиш ки

Қулоқ лобини тортиб, ун қулоққа пипетка ёрдамида 2-3 томчи спирт эритмали антисептик эшитиш гоштига томизилади, бош қилиб ташқи эшитувчи канални пахта билан ёпилди, ва 40-60 мин олиб ташланади.

Қулоқа 5-6 3 томчи спирт эритмасилик антисептик томизилади. ташқи эшитувчи канални пахта билан ёпилди. ( трундани қулоққа фақаткина ЛОР-врач қойишга ҳақли).

Мато спирт контсентратсияси 70%дан ошмаган спиртли антисептик билан намланган булиб, қулоқ орқасига ва юз қисмини қулоқ атрофига қойилади.

Қулоққа қуруқ докадан салфетка қойилади, бутун компресс қуруқ пахтали тампон билан ёпилади ва юмшоқ докадан бандаж қилинади.

Бу сомпресс 6-8 соатда орниқ қойимиди.

**Бурун бўшлиғига ғамхўрлик қилиш.** Агар бемор заиф бўлса ва бурун бошлигини ўз озод қила олмаса, ғамхўрлик қилиёткан одам ҳар қуни ҳосил бўлган қобикларни олиб ташлаши керак.

Бунинг учун бурун йўлларида вазелин ёғи, глицерин ёки ёғли эритма билан намланган трунд бурун бурчакларига мулойимлик билан киритилади ва 2-3 дақиқага қолдирилади, шундан сўнг айланма ҳаракатлар буруннинг таркибини улар билан бирга олиб ташлайди.

Беморга дасирмолчага буруни қоқиш таклиф қилинади.

Бурун тиқилиши билан 2-3 томчи адреналин ёки бошқа вазоконстриктор томизиш мумкин.

**Оғиз бўшлиғига ғамхўрлик қилиш.** Кундалик тишларини чўзиш ва оғзини чайиш имконияти бўлмаган беморларни, оғиз бўшлиғини мунтазам равишда соғломлаштириш керак. Касалга қулай шаройит яратилади ёки ён томонга бурилади; кўкрагига никоб қийдириб, уни пастки қисми безак билан ёпиштирилади; Унинг тиззасига лоток қўйилади. Корнтсанга маҳкамланган ва эчимларнинг бирига ҳоланган салфетка билан чапдан ўнгга ва юқоридан пастга ҳаракатлар билан тишларга ишлов берилади. Шпател билан тилнинг илдизини пастга суради, товушни ва тилни муолажа қилади.

Агар беморлар онгли бўлса, унда суюқликни лоток ичига тупуриш таклиф этилади, оғзини ювиш ва тартибни такрорлаш учун сув бериш тавсия этилади.

Агар бемор беҳуш бўлса, оғиз бўшлиғини ва мушак тўқимасини салфетка билан қуритилади. Барча ҳолатларда лаблар, тил ва оғиз мой билан ёғланган (ўсимлик, денгиз ўти, ит-гул ва бошқалар).

Агар бемор тилни олдинга сура олмаса – унда салфеткани учун қилиб, амалиёти тўлиқ давом эттирилади Касалнинг пахта тўпи билан ҳар бир озиклантиришидан сўнг, калта перманганат, захарли кислота, содали сув ёки қайнатилган сувнинг заиф эритмаси билан немлендирилмиш пинтлар ёки форсепслар билан сиқилиб, оғизнинг шиллиқ қаватида, тишлардаги овқатнинг қолган қисмини олиб ташланади

Докали тампонда тил, оғиз артилади ва ундан кеген жгиз чайилад. Оғиз бўшлиғини ўтирган ҳолатда ҳам ювишингиз мумкин.

Чиқариладиган протез кечқурин чиқарилади, совун билан ювилади ва бир стакан сувда сақланади.

Оғиз чайиш учун сода эритмаси (натрий гидрокарбонат), натрий карбонати, бор кислотаси, водород пероксиди (3% дан ортиқ бўлмаган эритма), калий перманганати (1 :1000) ва минерал сувлар қолланилади. Чайиш учун қолланиладиган суюқлик ҳарорати 20-40 °С бўлиши керак, беморга тупуруш учун махсус идиш берилади.

Оғиз ва тилнинг шиллиқ қавати глитсерин ёки ромашка дамламаси 1%ли бор эритмаси билан намланган бир парча марля билан артилади.

Ювишдан ташқари, аппликасия ва сонасияда ҳам фойдаланиш мумкин.

Аппликасия – дезинфектсияли фурацилин эритмасига намланган стерил марляни 3-5 минут давомида қўйиш. Бу муолажани бир кунда бир неча марта такрорланилади.

Сонасия Жане шприси ёки эсмарх кружкаси билан амалга оширилади.

Ярим иш ҳолатида, беморнинг кўкрагига клеенка қўйилади, беморга унинг қўлига лоток берилади, у ияк остига қўйилади чайилган сув оқиб тушиши учун.

Шпател ёки қошиқни дастагини навбатма-навбат, чапга, сўнгра ўнг ёноққа, парваришловчи ва оғиз бўшлиғи чайилади.

Эсмарч купаси беморнинг бошидан 1 метр баландликда бўлиши керак.

**Тери парвариши.** Тавсия этилган кесма ҳудудида инфекцион ўчоқ мавжудлиги режалаштирилган оператсияга қарши кўрсатма ҳисобланади ва фавқулудда шошилиш чоралар юзага келганда, прогноз ёмонлашади.

Кўпинча, айниқса, кекса беморларда тери бурмаларида қўлтиқ ва чотда замбуруғли флора сабаб дерматитларни коришимиз мумкин. Пре-оператсион вахтда, барча бу жараёнларга кундалик гигиеник ваналар ёрдамида барҳам берилиши шарт, зарарланган тер бурмалари спирт билан артилиши керак. Нйстатин ва Леворин сақловчи кукунли воситаларини суриш зарур. Ётоқ ярани профилактикаси учун тананинг бир хил жойларида ётиб қўймаслик учун ҳар 4 соатда уларнинг танаси ҳолатини ўзгартириш керак.

**Тирноқларни парвариш қилиш.** Тирноқлар майда қайчи билан қисқартирилади, спирт ёки 0,5% хлорамин эритмаси билан муомала қилинади.

**Беморни ювиш.** Ҳафталик гигиеник ҳаммомни қабул қилмайдиган беморлар, шунингдек сийдик ва нажасни ушлаб туришдан азоб чекаётганлар кунига бир неча марта ювилиши керак.

**Беморни ювиш учун керак болади:**

1. Иссиқ сув, дезинфектсияли эритма (калий перманганатнинг заиф эритмаси, фурацилин, ривранол ва бошқалар);
2. корнтзанг, стерил пахта тўпи;
3. кленка;
4. тўшак.

**Жараённинг техникаси:** 30-35 ° С ҳароратда эритмани тайёрланилади, бемор тиззалари букилган ҳолда ётади, думба остига клеенка ва судно қўйилади. Чап қўл билан, парваришловчи идишни ушлаб туради, ундан оралиқ майдонига дезинфектсияли эритма қўйилади. Ўнг қўл билан пахта шарик билан 1-2 марта жинсий органлардан анусга йўналтирилади, кейин пахта ташлаб юборилади. Жараён 2-3 марта такрорланади. Курук пахта тўпламлари билан терини худди шу йўналишда артилади. Чив бурмаси вазелин ёғи ёки чақалоқ кукун билан ишлов берилади. Лезёнлар вазелин ёғи ёки чақалоқ креми билан ёғланади.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 13

### ОВҚАТЛАНТИРИШНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРИ БЎЙИЧА ШИФОКОРНИНГ БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТИ. ХАНТАЛ, КОМПРЕСС ВА ИСИТГИЧЛАР ҚЎЙИШ.

#### Хирургик беморларни овқатлантириш

Овқатланиш организмнинг муҳим физиологик эҳтиёжи ҳисобланади. У қуйидагилар учун зарур:

1. Тўқима ва ҳужайраларнинг тўхтовсиз янгиланиши ва қайта қурилиши
  2. Организмнинг энергетик сарфини ўрнини тўлдириш учун
  3. Қабул қилинган маҳсулотлар натижасида организмда гормон, фермент ва бошқа моддалар алмашинувида қатнашувчи ҳаёт учун муҳим регуляторлар ҳосил бўлиши учун
- Моддалар алмашинуви ҳужайраларнинг функцияси ва структураси, тўқима ва органларнинг овқатланиш характериға боғлиқ.

Овқатланиш – мураккаб жараён бўлиб, ҳазм қилиш, сўриш ва организм учун керак бўлган маҳсулотларни етказиб бериш жараёнларидан иборат.

Соғлом овқатланиш- бу даволаш ва кунлик энергия сарфини тўлдириш учун илмий асосланган овқатланиш тартиби ҳисобланади.

Мувозанатлаштирилган овқатланиш – истеъмол қилинадиган озиқ –овқатлар таркибидаги оксиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, минерал моддалар ва сувнинг бир- бириға мутаносиб равишда бўлиши ҳисобланади.

Овқатлантириш тартибини мувофиқлаштириш қуйидагиларни қамраб олади:

1. Мунтазам овқатланиш
2. Овқатланишни кун давомида тақсимлаш
3. Овқатланишнинг сони ва улар орасидаги вақтларни мувофиқлаштириш

Бунинг учун қуйидагиларға амал қилиш тавсия этилади:

- Овқатни куннинг маълум вақтида истеъмол қилиш
- Кунда 4 мартаба овқатланиш
- Овқатланганда унинг таркибий қисмиға эътибор бериш

Оқсилға бой озиқ- овқатлар асаб тизими қўзғалувчанлигини оширганлиги сабабли уларни куннинг биринчи ярмида яъни инсон фаол ҳаракатда бўлган даврда истеъмол қилиш маъқул. Акс ҳолда уйқуни қочиради ёки чуқур уйқу ҳолати юзаға келишиға тўсқинлик қилади.

Ҳар бир инсон соғлом турмуш тарзи ва ратсионал овқатланиш тамойилларига амал қилган ҳолда қатор оғир касалликларнинг олдини олиши мумкин. Ҳақиқатда ҳам Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг сўнги маълумотларига кўра, инсон саломатлиги 10 % ҳолларда тиббиётға, 20% ҳолларда унинг наслиға, 20 % ҳолларда ташқи таъсирларға , 50% ҳолларда еса, унинг ҳаёт тарзи ва одатларига, шу жумладан овқатланиш тартибига боғлиқ.

Озиқ- озиқат маҳсулотлари организмни мўтадил даражада ушлаб турувчи манбаа ҳисобланади. Таом қабул қилиш миқдори ва сонининг кўпайиши овқат ҳазм қилиш маркази қўзғалувчанлигини камайтиради ва иштаҳани сусайтиради. Кунда 4 мартаба овқатланганда тахминан 600-700 ккал биринчи нонуштаға, 300-400 ккал иккинчи нонуштаға, 900-1000 ккал тушликка, 600-700 ккал кечки овқатға тўғри келиши лозим. Ёши 50 дан ошган кишилар истеъмол қиладиган озиқ-овқатларнинг калорияси 2500-2600 дан ошмаслиги ва ёғ ҳамда шакар миқдори кескин чегараланиши керак.

Шу ўринда кечки овқат уйқудан камида 2-3 соат олдин истеъмол қилиниши лозим. Гўшт ва балиқдан тайёрланган маҳсулотлар асосан ерталаб ва кундузи истеъмол қилиниши лозим. Кечки овқат таркибида ош тузи кескин чегараланиши, кўпроқ сутли таомлар бўлиши мақсадға мувофиқ. Чунки улар уйқу вақтида организмнинг физиологик фаоллигини

ўзгартирмайди. Улардан фарқли ўлароқ тузли ва гўштли овқатлар юрак- қон томир ҳамда нафас тизимига салбий таъсир кўрсатиб, қон босимини, юрак уриши ва нафас сонини пасайиши эмас, аксинча кўпайишига олиб келади.

Қуйида озиқ – овқат маҳсулотларининг 100 граммнинг қуввати- килокалорияларда келтирилган:

- Апельсин- 144 ккал
- Анор-83 ккал
- Анжир-74 ккал
- Беҳи- 7 ккал
- Банан – 36 ккал
- Хурмо- 67 ккал
- Лимон- 29 ккал
- Мандарин -53ккал
- Олма- 52 ккал
- Ўрик – 48 ккал
- Бақлажон – 25 ккал
- Бодринг – 15 ккал
- Картошка – 58 ккал
- Лавлаги- 43 ккал
- Помидор- 25 ккал
- Пиёз -40ккал
- Редиска- 16 ккал
- Сабзи- 41 ккал
- Шолғом -16 ккал
- Кўк пиёз-32 ккал

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 14**

### **ТЕРМИНАЛ ХОЛАТДАГИ ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА–БЕМОРНИ**

### **АХВОЛИ ҲАҚИДА ХАБАР.**

### **МАХАЛЛИЙ МУЗ ХАЛТА ҚЎЙИШ.**

1. Терминал ҳолатдаги оғир беморларни олиб боришида–беморни ахволи ҳақида хабар.
2. Терминал ҳолатда ётган беморлар ҳақида умумий тушунчага эга бўлиш ва яқин қариндошлари билан мулоқот.

Болага касаллиги вақтида парвариш қилиш кўп жиҳатдан унинг натижасини белгилайди. Парвариш қилиш кўлами беморнинг ёши ва ҳолатига, касаллик характерига, унга тайинланган режимга боғлиқ. Парвариш бўйича ҳамма вазифалар палата тиббий ҳамширалари зиммасига юкланади. Улар шу ишларни бажаришга масъулиятли ҳисобланадилар. Тиббий ҳамширалардан ташқари, парвариш ишига қисман касал болаларнинг оналари (одатда курак ёшидаги болалар ва оғир ётган болаларнинг оналари), шунингдек тиббиёт олий билимгоҳларининг қуйи курсларида уқийдиган талабалар жалб этилади.

Хирургик касалликлари бўлган болаларни парваришда уларни операциядан олдин тайёрлаш, операция қилиш ва операциядан кейин боқиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик бўлимга тушадиган беморларнинг кўпчилиги операция қилинади. Операциядан олдинги давр улар касалхонага тушган вақтдан бошланади, бу давр ичида ҳамма нарса операция хавфини камайтириш, асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Сирасини айтганда операциядан олдинги давр операциядан олдинги

тайёргарлик деган гапдир. Бу вақт ичида турли орган ва системаларнинг функционал ҳолати ўрганилади (бемор комплекс текширилади) ва операцияга тайёргарлик курилади. Бу даврдаги тадбирларни ҳар қандай операциядан олдин албатта ўтказиладиган умумий ва айрим операцияларнинг ўзида ўтказиладиган махсус турларга бўлиш мумкин. Болаларни планли операцияларга умумий тайёрлаш.

Чов ва киндик чурраси, мойк пардалари истискоси, крипторхизм, улчами кичикрок хавфсиз ўсмалар каби хирургик касалликлари бўлган беморларни касалхонага келган кунининг эртасига операция қилинади. Бундай ҳолларда болада операциядан олдинги зарур лаборатория текширувлари поликлиникада госпитализациядан олдин утказилади. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларидаги, буйрак ва синдик чиқарув йўлларидаги катта операциялар, шунингдек айрим ортопедик операциялардан олдин, махсус диагностик текширувлардан ташқари, бола организмнинг асосий, ҳаётий муҳим функциялари ҳолати аниқланади ; Буйрак,

жигар функцияси, айланиб юрган қон ва унинг таркибий қисмлари ҳажми, плазма ва эритроцитлардаги асосий электролитлар даражаси, азот баланси, гормонал аҳволни аниқлашнинг аҳамияти катта, шунингдек қон ивиш ва ивишга қарши системаларининг ҳолатини билиш муҳим. Шунга мувофиқ ҳолда беморларни операциядан олдин тайёрлаш болалар хирургик бўлимларининг ихтисослигига кўра ўз хусусиятларига эга. Операциядан олдинги асосий текширувларга: боланинг бўйи ва гавда оғирлигини ўлчаш, артериал босимни аниқлаш, қон ва сийдикнинг клиник анализи, қон группалари ва резус-омилни аниқлаш, кукрак қафаси органлари рентгенографияси киради. Қон биохимиявий

кўрсаткичларини назорат қилган ҳолда қуйидаги даволаш тадбирлари тайинланади: мақсадга мувофиқ ва кучли овқатлар, қон ва бошқа суюқликлар ва озикли аралашмалар қуйиш, витаминлар, аминокислоталар, даволаш физкультураси тайинлаш ва б. Тайёргарлик баъзан бир неча ҳафтага чўзилади. Унинг таъсирчанлиги тўғрисида умумий аҳволнинг яхшиланиши, қон кўрсаткичлари, гавда оғирлигининг ошиб бориши бўйича хулоса чиқарилади. Шунинг учун ҳам кўрсатмаларнинг мунтазам бажарилиши устидан кузатиб бориш, бола оғирлигини вақти-вақтида ўлчаб туриш керак. Болани операцияга психологик тайёрлашнинг ҳам аҳамияти катта. Болалар операциядан хавотирландилар ва кўрқадилар ва кўпинча: «Мени операция қилишларини истамайман» ёки «Мени қачон операция қилишмоқчи?»,— деган саволларни берадилар. Бундай болалар оғрик сезгиларини ёмон кўтарадилар. Шунинг учун уларни операцияга қунт билан тайёрлаш, ҳатто дори-дармонлардан дам фойдаланиш, ота-онасини чақиртириш лозим. Тиббий ҳамшира боланинг ёмон кайфияти туғрисида врачга ўз вақтида хабар бериши ва беморга операциянинг муҳимлиги ва зарурлигини мулойимлик билан тушунтирмоғи керак.

Ўта сезувчан, аллергия ва астма хуружларига мойиллиги бўлган болаларга кўшимча равишда тинчлантирадиган (триоксазин, седуксен), антигистамин (дипразин, димедрол) препаратлар тайинланади. Операциядан олдин кўркув босадиган катта ёшдаги болаларга врач ухлатадиган препаратлар (фенобарбитал, люминал, барбамил ва б.) тайинлайди. Операциядан олдин инфекция хавфини камайтирадиган тадбирлар кўрилади: гигиеник ваннага тушиш, ич

кийим ва ўринбош оқликларини алиштириш, катта ёшдаги болаларда эса қилинажак операция майдонидаги сочларни қириш шулар жумласига киради. Операция кун кечкурун ва эрталаб тозалаш клизмаси қилинади.

Эрталаб болага овқат ва ичимлик берилмайди, чунки болаларда деярли ҳамма операциялар умумий оғриксизлантириш (наркоз) остида ўтади ва бир неча қултум сув қусишга сабаб бўлиши мумкин, бу эса бемор ҳаёти учун хатарлидир. Операциядан 30—40 минут олдин ҳамма ҳолларда дори-дармонлар берилади — премедикация қилинади, бу нерв системаси фаоллигини, наркотик уйқу учун керак модда алмашинувини пасайтиради. Одатда тери остига промедол, атропин ва диме-

дролпинг ёшга яраша бир марталик дозаси юборилади. Болаларни планли операцияларга тайёрлаш кўп жихатдан хирургик касаллик характериغا ва боланинг ёшига боғлиқ; Болаларни торакал бўлимда операция қилишга тайёрлаш. Торакал хирургия бўлимига кукрак бўшлиғида жойлашган органларнинг турли-туман касалликлари бўлган болаларни жойлаштирилади. Уларга ўпка ва плевра касалликлари, юрак ва йирик томирларнинг туғма ва орттирилган ривожланиш нуқсонлари, кўкс оралиғининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари, кизилунгачнинг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари киради. Ҳозирги вақтда торакал хирургия болалар бўлимининг амалда иккита кўриниши бор. Битта бўлимда ўпка, плевра, кўкс оралиғининг турли патологияси бўлган болалар ётадиган бўлим ва юрак-томирлар системасининг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари бўлган болалар ётадиган бўлим бўлади. Клиник текшириш методлари билан бир қаторда торакал хирургия бўлимида диагностиканинг турли-туман инструментал методлари кенг тарқалган. Улар орасида энг муҳимлари: бронхография, бронхоскопия, радионуклид диагностика, ангиокардиопульмонография ва ташқи нафас ва газ алмашинуви функциясини текшириш ҳисобланади. Тиббий ҳамшира бу текшириш методлари тўғрисида тўлиқ тасаввурга эга бўлиши керак, чунки у болани бевосита текширишга тайёрлайди, уни ўтказишда қатнашади ва муолажадан кейин беморнинг аҳволи устидан кузатиб боради.

Бронхография, трахеобронхиал шохни контраст текшириш.

Ҳар гал текширувдан кейин ишлатилган катетер ва шприцларни кунт билан ювиш, уларни стериллаш керак. Бронхографиядан сунг болани палатада каравотининг оёқ томонини бир оз кўтариб кўйиб горизонтал ҳолатда ётқизилади. Бронхографиядан кейин болаларга кўпроқ эйтибор билан қараш керак, уларга балғам кўчирадиган микстура, доимий кислород ингаляцияси тайинланади. Болага овқатни текширувдан 3—4 соат ўтгач берилади. Нафас қисганда ва цианозда зудлик билан врачни чақириш керак.

Пневмомедиастенография — кўкс оралиғида ўсмасимон тузилмалар борлиғига шубҳа бўлганда қўлланилади. Бу текширувни ёш болаларда наркоз остида, каттарок болаларда маҳаллий анестезия остида ўтказилади, бола текширувга қадар овқат емаслиғи керак. Агар текширув маҳаллий анестезия остида олиб борилса, 10—20 мл ҳажмли стерил шприцлар ва 0,25% ли новокаин эритмасини тахт қилиб қўйилади.

Болаларни йирингли жараёнлар сабабли ўпкада қилинадиган операцияга тайёрлаш беморларнинг умумий аҳволини яхшилаш, кўшимча инфекция учоқларини санация қилиш (кариоз тишлар, хроник тонзиллит, гайморит ва б.), ўпканинг дренаж функциясини яхшилашдан иборат, бунинг учун ҳар куни даволаш физкультураси ўтказилади, болага «дренаж» ҳолат берилади ва балғамни суюлтирадиган ва ўпканинг зарарланган бўлагини йирингдан яхшироқ тозалашга имкон берадиган протеолитик ферментлар билан ингаляциялар тайинланади.

#### БОЛАНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

Операциядан кейинги беморларни, айниқса болаларни парвариш қилишда икирчикирларнинг узи йук. Бунда ҳамма нарса врач кўрсатмаларини пухта бажариш, тана ҳарорати, артериал босим, пульс тезлиги, нафас олишни мунтазам ўлчаб-ҳисоблаб бориш; ичилган ва ажратилган суюқлик миқдорини, неча марта ич келиши ва ахлат характерный қайд қилиш муҳим. Операциядан кейинги жароҳат ҳолати устидан синчиклаб кузатиш, боғлам ёки пластирни текшириб кўриш, бемор аҳволидаги ҳар қандай ўзгаришларни ёзиб бориш, оғир бемор учун махсус карта тўлдириш ва врачга мунтазам ахборот бериб туриш лозим. Қон кетиши, юрак, нафас тухташи каби асоратлар пайдо бўлганда врач келгунча зарур ёрдам кўрсатиш талаб этилади. Айниқса кичик ёшдаги болалар ўринда мажбурий вазиятда сабр-тоқат қилиб ётиш зарурлигини



англаб етмайдилар. Шунинг учун бола операциядан кейин ўз саломатлигига путур етказмаслиги учун махсус чоралар кўришга тўғри келадн. Шундай чоралардан бири беморни операциядан кейин ўринда қимирламайдиган қилиб ётқизишдир. Бунинг учун боланинг оёқ-қўлларини каравотга бинт ва пахтадан тайёрланган юмшок; манжеткалар ёрдамида боғлаб қўйилади. Зарурат бўлганда болани танасидан энлик юмшок; белбоғ билан боғлаб қўйилади. Бунда қаттиқ боғлаш сира мумкин эмас, чунки бу оғриқ кучайишига сабаб бўлади, веноз қон димланиб қолади. Тери билан манжетка орасидан бармоқбемалол ўта оладиган бўлиши керак. Маҳкамлаб қўйиш давомлилиги боланинг ёшига ва операциядан кейинги аҳволига боғлиқ. Операциядан дастлабки соатларда беморларда наркозга жавоб реакцияси натижасида қусиш рўй беради. Шунга кўра операциядан кейинги беморларни шиоятда кунт билан кузатиб бориш лозим. Болада қусиш аломатлари пайдо бўлиши билан боланинг бошини ён томонга буриш, идиш тутиш, қусуқ массалари тушгандан сўнг оғиз бўшлиғини олдиндан тайёрлаб қўйилган стерил дока боғлам билан артиш керак. Қусиш такрорланиб туриши мумкинлигини ҳисобга олиб беморларни наркоздан бутунлай уйғонгунча ва қусиш тухтагунча кузатиб бориш зарур. Операциядан кейин қаттиқ ташна бўладилар. Бола фақат врач рухсати билан у белгилаган миқдорда суюқлик ичиши мумкин. Болаларда операциядан кейинги яқин ўтган даврда оғриқ қолдиришга ҳаракат қилишнинг аҳамияти катта. Агар бола операцион жароҳат ёки бошқа жойдаги оғриқдан шикоят қилса, бу ҳақда зудлик билан врачга муурожаат қилиш керак.

Операциядан кейинги даврда касал боланинг умумий гигиеник парваришлашнинг аҳамияти катта. Беморга операцион жароҳат соҳасини кир қилмай ёки ҳўл қилмай қўл ювиш, ювиниш, овқат ейишни ўргатиш лозим. Ўринда ётиб қолган катта ёшдаги беморларни ва илк гўдак ёшидаги болаларни тиббий ҳамшира кичик тиббий ходим билан бирга гигиеник жиҳатдан ювиб-тарайди.

Мунтазам равишда бемор танасини ҳўл сочиқ билан артиб ишқалаш, остини ювиш, курак ёшидаги болаларнинг йўрғагини янгилаш керак. Бу тадбирлар терида бичилиш ва ётоқ яраларнинг олдини олади. Оғир ётган беморлар ич кийимини тез-тез — ҳар кун ва шарт-шароитларга кўра (қусиш, ахлат, сийдик тегиши ва б.) кунига бир неча марта алиштирилади. Оғир ётган беморнинг чойшабини алиштириш ходимлардан муайян малака талаб қилади. Агар катта ёшдаги болага ёнбошига ўгирилишга рухсат этилган бўлса, аввал бошини оҳиста кўтариш ва боши тагидан ёстикни олиб қўйиши, сўнгра ёнбошга юзи билан каравот четига ўгирилишга кўмаклашиш керак. Ўринбошнинг бўш қолган ярмига кир чойшабни гардишсимон юмалатиб йирилади. Бўш қолган жойига ярмигача гардишсимон кўри-нпшдаги чойшабни қўйиш лозим. Сўнгра беморга чалқанча ётиш ва иккинчи ёнбошга бурилишга ёрдам берилади, шундан кейин бемор юз томони билан каравотнинг карама-қарши четига тоза чойшабда ётади. Шундан сўнг кир чойшабни йиғиштириб тозасини текис қилиб ёзилади. ёш болаларнинг урнини солишда ётган ҳолатида қўлда кўтариб турилади. Агар беморга актив ҳаракатлар қилишга рухсат этилмаган бўлса, чойшабни бошқа усулда алиштирилади. Кир чойшабни каравотнинг бош томонидан бошлаб беморнинг бошини ва гавдасининг юқори қисмини санитарка билан биргаликда кўтарган ҳолда йиғилади. Кир чойшаб ўрнига кундаланг қилиб ўралган тоза чойшабни қўйилади ва уни бўш қолган жойда ёзилади. Сўнгра тоза чойшабга ёстик қўйилиб унга беморнинг боши қўйилади. Иккита одам бемор чаноғини кўтаради, кир чойшабни каравотнинг оёқ томонига суриб унинг ўрнига тозасини ёзишда давом этилади. Шундан сўнг кир чойшаб олиб ташланади. Чойшаб алиштиришнинг ҳар иккала усули ҳам ходимларнинг чаққон даракат қилишларига карамай, беморни кўп безовта қилади ва шунинг учун баъзан уни каталкага олиб ётқизиш ва ўринбошини қайтадан ёзиш мақсадга мувофиқ; чунки бу иш билан икки кишининг шуғулланишига тўғри келади. Операциядан кейин болани парвариш қилишга қўйиладиган умумий талаблардан ташқари операциянинг қар хил турларига хос хусусиятлар дам мавжуд.

Торакал бўлимда беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги даврда операциядан кейин эҳтимол тутилган асоратлар профилактикасига катта аҳамият берилади. Операциядан кейинги даврнинг энг хатарли асоратларидан бири ўпка ателектази, ўпка коллапси ва ўткир пневмония дисобланади. Операциядан кейинги даврнинг дастлабки кунларида операцион жароҳат соҳасидаги оғриқни қолдиришнинг аҳамияти катта. Оғриқ; ҳаракатларни чеклаб қўяди, нафас амплитудасини камайтиради, йўталишга имкон бермайди, бу операция қилинган ўпка бронхларида балғам йиғилишига олиб келади. Тиббий ҳамшира оғриқ синдроми устидан доимо кузатиб бориши ва оғриқ қолдирадиган воситалар таъсири тугаши билан врачга хабар қилиши лозим. Асоратларни профилактика қилиш мақсадида беморни каравотда ҳаракатлар қилишга, балғам туфлаб туришга ундашга тўғри келади, у билан даволаш физкультураси машғулоти олиб борилади.

Ўпка цисман резекция ҳилигандан кейин плевра бўшлиғи дренаж ва актив аспирация қилинади. Системада доимий манфий босим вужудга келтирилиб, уни манометр билан назорат қилинади. Боланинг ёшига кўра сув устунни ҳисобида 5—10 дан 40 см гача босимни қувватлаб турилади. Дренаж системанинг ишлаши-ни кунт билан кузатиш, ажралиб чиққан суюқлик миқдори ва характерини қайд қилиш, плевра бўшлиғидан ҳаво чиқишини назорат қилиб бориш зарур.

Ҳар кунлик иш жараёнида хирург

жуда ҳам моҳирлик билан иш тутиши зарур, чунки у хирургик бемор ва уларнинг қариндош-урурларига касаллик диагноздан тортиб токи операциягача ва ҳаттоки операциядан кейинги парвариш давригача бўлган муолажаларни усталик билан тушунтириб бермоғи лозим. Хирург учун шундай қийин дамлар бўладики, у барча тажриба ва имкониятларини ишга солиб, бемор ҳаёти

учун хавфли ва айни вақтда қилиниши зарур бўлган операцияларни бемор ва унинг қариндошларига етарли даражада тушунтира билиши керак. Хирургнинг эса бундай ишларни мукамал ҳал қилишига киришиши зарурий ҳолатдир. Бундай вазиятларда хирург бемор киши, унинг қариндош-уруғлари, коллектив ва ҳамкасблари олдидаги катта масъулиятни ҳамда маънавий жавобгарликни сезиши керак. Хирург фаолиятига таниқли хирург Л. Лериш катта баҳо бериб ёзган эдики: «Кимки бир минут ичида вазиятни баҳолай олмаса у хирург бўла олмайди, ҳар қандай операциядан олдин гумонсираб турса ишончсиз кишига ўхшаб қолади, қалб одамни ҳамма вақт олдинга ундаб туриши керак».

Одамлар орасида «қўли енгил хирург экан», «иши доим ўнгидан келади» деган ибораларни эшитамиз. Албатта, истеъдод билан билимни инкор этиб бўлмайди, ҳар иккаласи хирургда қўшиб олиб борилса «хирургик бахт»нинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Афсуски, шундайлар ҳам борки, улар ўзларининг хирургик фаолиятида фақат енгил хирургик беморларни танлаб операция қиладилар ва оғир хирургик беморлардан узокроқ бўлиб, шу тариқа обрў-эътибор қозонмоқчи бўладилар. Афсуски, бундай хирурглар халқ олдида ҳам, ҳамкасблари олдида ҳам шон-шуҳратга эга бўла олмайдилар. Н.И.Пирогов «хирург бахтини» тўрт нарсадан деб билади: биринчидан — касаллик ҳақида ишонч; иккинчидан — операция қилиш вақтини яхши белгилаш, куп ҳам эрта, ёки куп ҳам кечга қолдирмаслик, бемор кайфиятига яхши таъсир этиш, ундаги қўрқинч ва ишончсизликни йўқотиш; учинчидан — нафақат операцияни яхши бажариш, ҳатто унинг асоратларга олиб келмаслик чора-тадбирларини кўриш; тўртинчидан — кейинги даволаш жараёнини кунт ва матонат билан олиб боришдан иборат. Т. Бильрот хирург билан терапевт орасидаги фарқни қуйндагича исботлайди: «Врачи севадилар, хирургдан

кўрқадилар, демак биринчиси ўзининг рецепти билан бемор аҳволини енгиллаштиради, иккинчиси эса, аксинча, оғриқ олиб келади». Ҳақиқатдан ҳам, ҳозирги замон хирургияси оғриққа қарши кўп ютукқа эришсада, лекин кўп нарсалар ҳозиргача ҳам муаммолигича қолмоқда. Хирургнинг катта-кичик хирургик муолажалар бажаришидан

катъий назар, у ҳамма вақт касалга кам оғриқ келтириш йўллари йўлаши керак. С.И.Спасокукоцкий талабаларга лекция ўқиб турганида бемор ярасидаги боғлам ечилганда бир томчи қонни кўриб врачдан «Бу нима?» — деб сўраб, ўзи жавоб қилган экан: «Бу врачнинг нолаёқатлигидан грануляциянинг қон аралаш ёшидир».

Ҳозирги замон хирурглари асептика ва антисептика қоида ва қонунларига амал қилишлари шарт. Бу тўғрисида жуда кўп адабиётлар мавжуд, аммо хирургнинг хирург-субординаторларнинг ушбу асосланган методларга амал қилмасликлари, операциядан олдин қўллари шашма-шошарлик билан ювишлари, боғловхонада ярани «боғлаш жараёнида қўйилган хатолар асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Хирург нафақат ишда, уй-рузғорда ҳам, ҳаётда ҳам қўлини ҳар хил ифлосланишлардан сақлаши керак. Очик, ҳимояланмаган қўл билан ховлида ишлаш, қўл териси шикастланишига олиб келадиган юмушлар бажаришда эҳтиёт бўлиши керак. Шундай ишлар бажарилган тақдирда ҳам дарҳол қўлни тозаловчи моддалар билан ювиш шарт. Ҳозирги замон хирургиясининг жадал суръатлар билан ривожланиб кетиши, айниқса трансплантология — одам аъзоларини кўчириб ўтказиш соҳасидаги америкалик жарроҳларнинг бирданига «юрак-ўпка», «юрак-ўпка-жигар» операцияларини бажаришлари медицина деонтологиясида ҳам бир қанча муаммоларни юзага келтирди. Хирург, реципиент ва донор ёки донор қариндош-уруғлари билан реципиент ўртасидаги муносабатлар шулар жумласидандир. Бутун оламга машҳур хирург Н.М.Амосов ҳам юракни кўчириб ўтказишга рухсат олгач автомобил ҳалокатидан ўлган ёш қизнинг юрагини олиб

касал беморга ўтказишни унинг қариндош-уруғларидан сўрашга журъат эта олмаган. Бу эса трансплантологияда деонтологиянинг қийин ва мураккаб ахлоқий вамаънавий масалаларидан ҳисобланади.

Бундан ташқари, хирургияга янги асбоб-ускуналарнинг кириб келиши ҳам деонтология соҳасида мураккаб вазифаларни вужудга келтирди. Мисол тариқасида шуни айтиш керакки, сунъий қон айланиш аппаратини (АИК) хирургияда қўлланишида уни ишга тушириш учун врачлардан ташқари инженер-механиклардан иборат катта бир бригада ишлаши керак. Ҳар хил касб эгала-рининг бир тан, бир жон бўлиб ишлашларини таъминлаш ҳозирги шароитда қийин муаммолардан ҳисобланади. Хулоса қилиб айтганда хирургия соҳасидаги деонтология муаммолари ўз актуаллигини йўқотгани йўқ, аксинча, ҳар бир медицина ходимидан, айниқса, талабалардан, ҳаттоки ҳамширалардан ҳам ўз соҳасини жонкуяри, билимдони бўлишни талаб этади. Беморга тўлиқ ҳамдардлик қилинади, унинг ахволини тушунгандагина бемор билан тиббиёт ходими ўртасида давонинг наф беришига ишонч, самимий муносабат ўрнатилиши мумкин. Меҳрибонлик, маънавий ёрдам, самимийликнинг фойдаси дори моддалардан кўра кўпдир. Яъни ўтмишда тиббиёт ҳамширасини «шафқат ҳамшираси» деб бежиз айтишмаган. Азоб чекаётган одамга раҳм қилмайдиган, бепарво, худбин одамнинг тиббиёт муассасасида ишлашига йўл қўйиб бўлмайди. Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда, беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини: оғир ўй-фикрлардан ҳоли қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, қўнглида соғайиб кетишга ишонч уйғотиши керак. Бунда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини ва мазкур фурсатдаги ахволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса («Сал оғрийдию, лекин кейин енгил тортасиз» — деб), бошқасини ҳар хил гап-сузлар билан андармон қилиш керак бўлади. Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугагини сўрашади. Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, бунинг унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай яқунланишига келганда ҳаммиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак. Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва қўнглида ваҳима ва қўрқинч уйғотадиган: «шок», «агония»,

«қон туфлаш», «гематома», «коллапс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак. Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сузларни эшитиб, кўнглига туғиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг ахволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳо «беморлар бетоқат, даводан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-хуш айниб қолиши, галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап талашиб ўтириш ярамайди, лекин даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга ахволи унча оғир бўлмаган беморлар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: палаталарда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар. Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари интизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо кўполлик қилмасликлари керак. Бемордан дардининг бедаволигини ёки ахволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдаи олдин врач билан маслаҳатлашиш керак. Айниқса телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб врач билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим. Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулоқимлик билан» лекин қатъиян рад этмоқ керак. Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда ҳар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 15**

### **ОҒИР ХИРУРГИК БЕМОРЛАРДА КИЙИМ–КЕЧАК ВА ОҚЛИҚЛАРНИ АЛМАШТИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ, ЁТОҚ, ЯРАЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ШИФОКОРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ. БЕМОРЛАРГА ОВҚАТ ТАРҚАТИШ ВА ОВҚАТЛАНТИРИШ.**

#### **Чойшабларни алмаштириш**

##### **Керакли анжомлар:**

- 1. Тоза чойшаблар.
- 2. Кир чойшаблар учун клеёнкали қопча.

##### **Бажариш кетма-кетлиги:**

- ✓ Беморга чойшаблар алмаштирилиши огоҳлантирилади.
- ✓ Қўл ювилади ва қуритилади.
- ✓ Тоза чойшаб, ёстиқ жилд, клеёнкали қопча (кир чойшабларни жойлаш учун) олдиндан тайёрланади

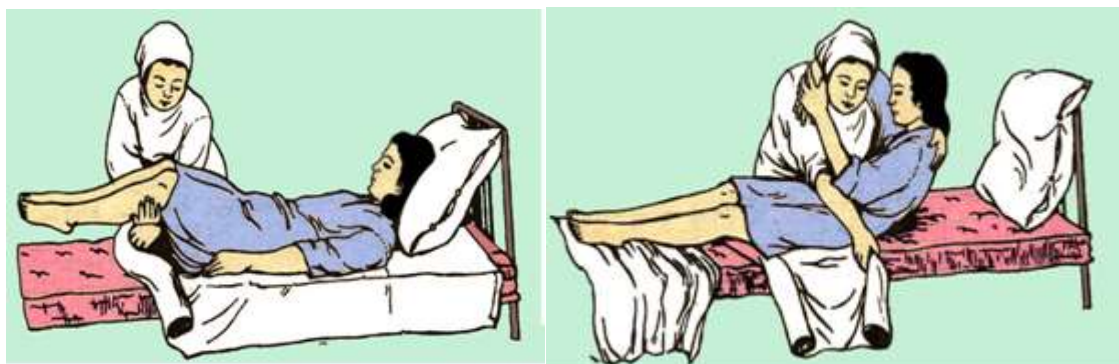
##### **Беморда фаоллик тартиби ярим фаол бўлганда**

- ✓ Тоза чойшабни узунасига бураб, кравотнинг ярмигача олиб келинади.
- ✓ Бемор бошини аста-секин кўтариб, ёстиқ олинади.
- ✓ Бемор ён-бошига секин ўгирилади.
- ✓ Кир чойшаб беморга қараб узунасига буралади.
- ✓ Кетидан тоза чойшаб бураб борилади ва бемор тоза чойшаб устига ўгирилади.
- ✓ Кир чойшаб олиб ташланади ва тоза чойшабни текислаб, беморни қулай вазиятда ётқизилади.

- ✓ Чойшабнинг четлари тўшак тагига киритилади.
- Агар беморда фаоллик тартиби мажбурий ҳолат (қимирламай ётиш) бўлса**
- ✓ Тоза чойшаб бинт сингари энига буралади.
- ✓ Беморни аста-секинлик билан бош томони белигача кўтарилади.
- ✓ Ёстиқ олиб ташланади.
- ✓ Тезлик билан кир чойшаб кроватнинг бош томонидан бураб борилади, кетма-кет тоза чойшаб солиниб, ёстиқ қўйилади.
- ✓ Тоза чойшаб устига ёстиқ қўйилиб бемор боши туширилади.
- ✓ Беморнинг пастки томони, оёғи кўтарилади ва кир чойшаб аста-секинлик билан тортиб олинади, кетидан тоза чойшаб солинади.
- ✓ Беморнинг пастки томони ва оёғи туширилади.
- ✓ Чойшабнинг четлари тўшак тагига киритилади.
- ✓ Олдиндан ёстиқ жилди ва кўрпа усти чойшаблари алмаштириб олинади.
- ✓ Кир чойшаб ва чойшаблар клеёнкали қопчага солинади ва кир ювиш хонасига олиб борилади.

*Эслатма:*

- Чойшабларни ҳар 7-10 кунда алмаштирилади.
- Оғир ётган беморнинг чойшаблари тез-тез алмаштириб турилади.
- Оғир ётган беморларнинг чойшабларини тиббий ҳамишира ва унинг ёрдамчилари алмаштиради.



**2-расм. Оғир ётган беморнинг чойшабларини алмаштириш тартиби**

## **БЕМОРНИНГ ЎРИН-КЎРПАСИНИ ТАЙЁРЛАШ**

### **Бажариш кетма-кетлиги**

- Қўл яхшилаб ювилади ва қурилади.
- Кроватни, тумбочкаларни, деворни, тўшакни, 2 та ёстиқни, адеялни, клеёнкани, 2 та тоза ёстиқ жилдни, чойшабни, кўрпа оқлигини зарарсизлантириш учун 1% ли хлорамин эритмаси тайёрланади.
- Кроват, тумбочка, девор ҳар 15 минутда 1 % ли хлорамин эритмаси билан артилади.
- Кроват устига тўшак тўшалади ва устидан клеёнка солинади.
- Клеёнка устидан тоза чойшаб солинади ва чойшаб четлари тўшак орасига киргизилади.
- Ёстиққа ёстиқ жилди киргизилади.
- Ёстиқнинг бири пастроқ, иккинчиси баландроқ қилиб жойлаштирилади.
- Кўрпага чойшаб кийгизилади.
- Кроватнинг бош қисмига 2 та сочиқ осиб қўйилади.



### 3- расм. Беморнинг ўрин-кўрпасини тайёрлаш

Ётоқ яра ривожланишининг 4 боскичида клиник кўриниш:

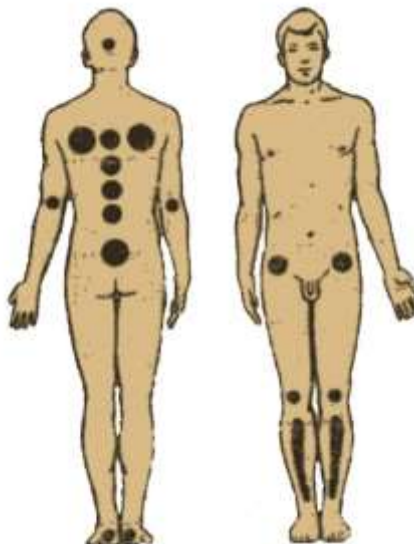
- 1-терининг бутунлигини сақлаб турганда, босим тўхтаганидан кейин кейинги қаватларга ўтмаган
- 2 - терининг доимий гиперемияси; эпидермиснинг ажралиши; терининг яхлитлигини юзаки бузилиши.
- 3 - мушак пенетрацияси билан мушак қаватига қадар терининг некрози.
- 4 - барча юмшоқ тўқималарнинг ва суяк некрози

### ЁТОҚ ЯРАЛАРИНИ ПАРВАРИШЛАШ (1-2 даража)

**Бажариш кетма-кетлиги:**

- ✓ Қўл ювилади ва қуритилади.
- ✓ Антисептик воситалар (камфора спирти, сиркали сув, ярим спиртли эритма, атир, арок) ёки илиқ қайнаган сув, салфетка, лоток, резина чамбарак тайёрланади
- ✓ Ётоқ яра пайдо бўлган соҳа кўздан кечирилади.
- ✓ Эритма ёки сувда ҳўлланган салфетка сиқиб олинади.
- ✓ Айланма ҳаракат билан тери қизаргунча артилади.
- ✓ Қолган тери соҳалари ҳам шу тарзда артилади. Салфеткалар алмаштирилиб турилади.
- ✓ Беморнинг ички кийимлари тўғрилаб қўйилади.
- ✓ Ётоқ яра пайдо бўлган соҳага резина чамбарак қўйилади.
- ✓ Беморга қулай шароит яратилади.

*Эслатма: муолажса ҳар 2-3 соатда ўтказилади.*



**7-расм. Ётоқ яралар кўп учрайдиган сохалар  
Ётоқ яраларини парваришлаш (3-4 даража)**

**Бажариш кетма-кетлиги:**

- ✓ Кўл ювилади ва қуритилади.
- ✓ Стерил лоток, боғлов ашёлари, стирил бинт, антисептика воситаси (5-10% ли калий перманганат эритмаси, 70% ли спирт, 1:5000 нисбатли фурацилин эритмаси, 3% ли перикис водород, яшил бриллианти, стирил скалпел, клей ёки лейкопластир) тайёрланади
- ✓ Муолажа вақтида врачга ёрдам берилади.
- ✓ Ишлатилган боғлов ашёлари зарарсизлантирилади.
- ✓ Зарарсизлантириш: боғлов ашёлари 3% ли хлорли оҳак эритмасига бўктириб қўйилади. Тиббий асбоблар 3% ли хлорли оҳак эритмасига 60 дақиқага бўктириб қўйилади, сўнгра чайилади.



**8-расм. Ётоқ яраларни парваришлаш**

**Певзнер пархез столлари.**

Диета1.Кўрсаткичлар: "ўткир" ошқозон яраси ва ошқозон яраси эпителизацияси даврида ўн икки бармоқли ичак яраси; сурункали гастродуоденитнинг кучайиши ёки тўлиқ клиник такомиллаштириш босқичида Овқатланиш - 5-6 марта, туз - кунига 8-10 г гача, болаларнинг ёшига боғлиқю

Диета1а, 1б ва 1 - пиширишнинг турли усулларини англатади: 1а - жуда қаттиқ механик ва кимёвий тозалаш, барча озиқ-овқат суюқ ва ярим суюқлик шаклида хизмат қилади; 1б - қаттиқ механик ва кимёвий ишлов бериш, пюре овқатларни; 1 - ўртача механик ва кимёвий сақлаш - кесиш, парчаланиш, қайнатиш, буғлатиш.

Диета2. Кўрсаткичлар: ўткир гастрит, сурункали гастрит, меъда ошқозонида секретия, энтерит ва колит, даволаш жараёнида (рационда) рационал овқатланиш.

Диета3. Кўрсаткичлар: Ичак тутилишининг оғирлашуви даврида сурункали ичак касалликлари ва тўлиқ клиник рекуссия.

Диета4. Кўрсаткичлар: ичакнинг ўткир ва сурункали касалликлари, ўткир ич кетиши ва оғир диспепси, малабсорбция синдроми.

Диета5.Кўрсаткичлар: сурункали гепатит, сафро йўлларининг бузилиши, холелитиаз, ўткир гепатит.

Диета6. Кўлланилиши: урат (ортиб сийдик кислота тузлари ишлаб чиқариш) ва ОКСАЛАТ нефропатиси (оксалат кислота тузлари ошганда).

Диета7. Кўрсаткичлар: экстерналенал белгилар ва нейтрал нефрит, буйраклар декомпенсациясининг белгилари. Диета7а, 7б, 7в буйрак касалликларида буйраклар этишмовчилиги белгиси билан кўлланилади. Бу протеинлар ва суюқлик чекловлари билан ёндошувидир.

Диета8. Кўрсаткичлар: семириб кетиш

Диета9. Кўрсаткичлар: қандли диабет. Сувда эрийдиган углеводлар бундан мустасно, хайвонларнинг ёғларини чеклаш. Озиқлантириш диетаси инсулин организмидаги этишмовчилик туфайли юзага келган метаболик касалликларни бартараф этишга ёрдам беради.

Диета10. Кўрсаткичлар: юрак-қон томир касалликлари қон айланиши бузилиши билан.

Диета11. Кўрсаткичлар: анемия, чарчоқ ва реактивликнинг камайиши, турли хил септик жараёнлар, ўпка сил касаллигит

Диета12. Кўрсаткичлар: ўткир юқумли касалликлар, операциядан кейинги давр (кавитер операцияларидан ташқари).

Диета13. Ўткир инфекцион касалликларга

Диета14. Кўрсаткичлар: фосфатура (икки марта ажралган фосфорик кислота тузлари сийдик чиқаришининг кўпайиши).

Диета15. Бу парҳез даволашда озиқлантириш учун кўрсатмалар бўлмаса озиқ-овқат моддалари билан боланинг физиологик эҳтиёжларини таъминлаш. Энергия мазмунини, кундалик овқатланиш ҳажмини эга. турли мактаб учун маҳсулотлар тўплами (7-14 йил), мактабгача (4-6 ёш) ва бола (1.5-3 йил) асрларда мавжуд. Бу дифференциацияланган диетани амалга ошириш имконини беради

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 16**

### **ХИРУРГИК БЕМОРЛАРДА–АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ОИТС (СПИД) МАСАЛАЛАРИ БЎЙИЧА МАСЛАХАТ БЕРИШНИНГ ЭТИК АСОСЛАРИ.**

#### **БЕМОРЛАРГА ОВҚАТ ТАРҚАТИШ ВА ОВҚАТЛАНТИРИШ**

1. Хирургик беморларда–амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД) масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари.

2. Бемор билан мулоқотда ОИТС (СПИД) моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар.

#### **ОРТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ**

ОИЦ (Орттирилган Иммуниетет Танқислиги Синдроми) даволанилмаган тақдирда ЎОИВ Ў(Одам Иммуниететтанқислиги вируси)нинг иммуниететни ишдан чиқишига йўл очган бир синдромдир. ОИВ ташиганларга, ОИВ мусбат деб аталади. ОИВ мусбат ва ОИТС фарқлидир. Ҳар бир ОИВ мусбат бўлган киши ОИТС лар орасига кўшилмайди. Ҳозирги кунда ОИВ мусбатлар турли хил йўллар билан даволаниб, ОИЦларни орасига кўшилмасдан яшаб келмоқдалар. ОИВ мусбат бўлган кишилар ортиқ ўлимларини кутмаяптилар. Ҳозирги кундаги даволаниш йўллари билан, ОИВ/ ОИТС ортиқ сурункали бир касалликдир. ОИВ вируси қонга юққандан сўнг бир неча йил давомида ўзини сездирмайди. Вирус юққандан сўнг тест қилдирилган тақдирда, фақатгина 3 ойдан сўнг тўғри жавобни кўрсатади.

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИЦ) ретровирус гуруҳига мансуб вирус кўзгатадиган касаллик; икки даврга бўлинади: ОИТВ инфекцияси ва бевосита ОИТС (СПИД) даври. ОИТВ инфекцияси даври одам организмида вирус бор, лекин касаллик аломатлари ҳали намоён бўлмаган давр. Вирус деярли бир вақтда Парижда проф. Люк Монтане ҳамда АҚШда проф. Галло бошчилигидаги олимлар томонидан кашф етилган (1983 й.). Бу вирус одамнинг иммуниетет тизимига танлаб таъсир кўрсатади, айниқса, CD4+ иммун хужайраларига қирғин келтиради. Вирус одам организмига тушгач, 23 кундан сўнг, 25-30% ҳолларда бирламчи инфекция даврига хос аломатлар кузатилиши мумкин. Бу "ўткир



сероконверсия синдроми" деб аталади, бунда ҳарорат кўтарилади, тунда терлаш, бўғимлар ва бош оғриғи, лохаслик, қайт қилиш, ич кетиши, баданда, айниқса, унинг юқори қисмида тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Бу аломатлар одам организмига тушган вирус таъсирига иммунитет тизими маълум даражада жавоб қайтариш реакцияси билан боғлиқ. Лекин бу даврда антителоларни аниқлаш натижа бермайди, чунки иммунитет тизимининг жавоби ҳали тўлиқ шаклланмаган бўлади. Касалликнинг бу даври 8-10 йилгача, баъзан ундан ҳам узоқ давом етиши мумкин.

Ҳозир кунда амалиётда ОИТВ инфекцияси ташҳисини қўйиш қонда касаллик вирусига қарши пайдо бўлган антителоларни аниқлаш □” иммун фермент тахлили (ИФТ) реакциясига асосланган. Дастлабки антителолар вирус организмга тушгач, 3 ҳафтадан сўнг шакллана бошласа ҳам, қўлланидиган диагностикалар уларни илғай олмайди. Шу боис, одамга ушбу инфекция илашгани тўғрисида вирус организмга тушганидан сўнг 90 кун ўтказиб олинган текшириш натижасига қараб ҳулоса чиқариш мумкин.

ОИЦ ОИТВ инфекциясининг якуний даври ҳисобланади. Вирус билан организм ўртасидаги кураш узоқ давом етиб, вируснинг устунлиги билан тугайди. Шу вақтдан ОИТС даври бошланади. Бу даврда одам организми ҳар қандай микробга бардош бериш хусусиятини йўқотади. Жумладан, нафас, меъда ичак, сийдик йўлларида доимо мавжуд бўлган ва касаллик кўзгата олмайдиган микроблар ҳам фаоллашиб, турли хасталикларни келтириб чиқариши мумкин. Уларнинг намоён бўлиши организмда юзага келган ОИТС ҳолати билан боғлиқ бўлгани учун, ушбу гуруҳга кирувчи касалликлар жамланган ҳолда ОИТС билан боғлиқ (ассоциирланган) инфекциялар деб аталади. Булар бактериал инфекциялар, замбуруғли касалликлар, вируслар кўзгатадиган касалликлар, Капоши саркомаси ва ҳ.к.

Касаллик вируси инфекция юққан одамнинг қонида, еркаклар шахватида, аёлларнинг жинсий аъзолари чиқиндиларида ва кўкрак сутида бўлади. Шунинг учун ОИТВ, асосан, уч хил йўл билан юқади: қон орқали, жинсий алоқа воситасида ва инфекция юққан онадан ҳомиласига вертикал йўл билан ўтади. ОИТС билан оғриганларнинг кўпчилигини наркоманлар (гиёҳвандлар), фоҳишалар, гомо ва бисексуаллар ташкил етади. ОИТС организмга жинсий алоқа, парентерал муолажалар (ностерил игна, шприц ва б. тиббий анжомлар ишлатилганда), инифицирланган қон ва унинг ўрнини босувчи дориларни қўллаш, аъзо ва тўқималарни кўчириб ўтказиш (трансплантация) вақтида, шунингдек, вирусни юктириб олган онадан ҳомиллага ҳомиладорлик даврида, туғиш жараёнида ва гўдак еми зиладиган бўлса, кўкрак сути билан юқиб қолиши мумкин. Ўзбекистонда ОИТВ/ОИТС билан боғлиқ масалалар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ОИТВ/ОИТС хизмати томонидан амалга оширилади. Республика ОИТВ/ОИТС маркази, Қорақалпоғистон Республикаси ОИТВ/ОИТС маркази, Тошкент шаҳар ва вилоятлар ОИТВ/ ОИТС марказлари ўз ҳудудларида ушбу соҳа фаолияти билан боғлиқ барча профилактик, эпидемиологик, лаб. текшируви, даволаш тадбирларини олиб боради. Ҳар бир марказ қошида ўз ихтиёри билан лаб. текшируви учун келганларни сир сақлаган ҳолда текширадиган аноним хоналар мавжуд. Мақсадли гуруҳларгиёҳвандлар ва секс ходимлари билан вирус юқиб қолишининг олдини олиш мақсадида ҳуфиёна иш олиб борадиган Ишонч пунктлари (ИП) ҳам ишлайди.

Профилактикаси. Ушбу инфекция кенг тарқалган касалликлардан бири бўлгани учун муҳофаза тадбирлари ижтимоий ҳаётнинг барча соҳа вакиллари иштирокида олиб борилиши лозим. Ҳар бир йигит қиз бу инфекциянинг тарқалиш йўллари, унинг олдини оладиган тадбирлардан хабардор бўлиши ва ўзини ундан еҳтиёт қилиши керак.

Белгилари: ОИВ юққандан сўнг, ОИТС касаллигининг белгилари кишининг яшаш шароити ва иммунитетига қараб, 3-5 йил, баъзида ундан ҳам кўпроқ вақт ўтгач намоён бўлади. ОИВ юққан вужудда ҳар хил ҳужайраларга, кўпроқ СД4+Т қон ҳужайраларига ерлашиб кўпаяди. Зарар кўрган СД4+Т ҳужайралари камайиб бориб иммунитет ўз кучини йўқота бошлайди. ОИЦга чалинган кишининг, одатта оддийгина бир нечакунда келиб кечадиган касалликларининг муддати анчагина узаяди, тузалиши қийинлашади. Лимфа безларида катталашиб, оғиз ва терида такрортакрор учук, яра тошиши, доғлар пайдо бўлиши кўрилади. Бемор, кечалари терлашга, иситмаси чиқишга, озишга бошлайди. Бир инсонда ушбу

белгиларда бир нечтаси пайдо бўлса, ўша инсоннинг ОИТС бўлган бўлиш еҳтимоли бўлади. Капоси Саркомаси ва лимфа касалликлари бўлса ОИВ нинг белгилар бўлиши мумкин. Буни аниқлаш учун антиОИВ тести қилинади. Ҳимояланиш: Бегона кишининг қонини олишдан олдин, унинг ОИТС тестидан ўтибўтмаганини албатта текшириш зарур. Ишлатилган ва Стирилланмаган игна, жарроҳий асбоблар, қайчи, стоматология асбоблари, акупунктур игналари ишлатилинмаслиги зарур. Бу каби асбоблар ишлатилишдан аввал албатта стерилланиши зарур. Бу каби асбобларни бирон бир кишига ишлатишдан аввал, у киши бу асбоблар ҳақида билмоқчи бўлган бутун саволларни мутахасисга сўраши зарур.

ОИВ мусбат бўлган бемор, ҳеч қачон бировга қон бермаслиги зарур.

ОИВ мусбат бўлган бемор, ҳеч қандай ҳимояловчи воситасиз жинсий алоқага кирмаслиги зарур.

Очиқ яралар, вужудга микроб/вирус/бактерияларни олиб кирмаслиги яра пластерлари ёки стирилланган пахта, дока кабилар билан бекитилиши зарур

**Жинсий Алоқа:** ОИВ жинсий алоқадан ҳам юқади. ОИВ мусбати бўлган бемор жинсий алоқада ҳимояловчи воситалардан фойдаланса, ОИВни жинсий алоқадаги шеригига юқтирмаслигига деярли бутунлай кафолат берилади. Жинсий алоқада ҳимояловчи восита (презерватив)дан фойдаланиш, ҳавфсиз жинсий алоқанинг биринчи шартидир. Қуриладиган жинсий алоқа, таҳликасиз деб билинса ҳам, презервативдан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Кўпчилик ОИВни фақатгина фоҳишаларда, гиёҳвандларда ва шунга ўхшашларда бўлади деб билганлари туфайли улардан ташқарида бўлган жинсий алоқада ҳимояловчи воситадан фойдаланмайдилар. Бироқ, бу тушунча янглиш бўлиб, ОИТС фақатгина бир ижтимоий гуруҳга оид касаллик эмасдир! Касалликнинг микроби бўлган ОИВ, жинс, ирқ, ёш танламаган ҳолда ҳаммага юқиши ва ҳаммада бўлиши мумкин. Жинсий алоқада презервативни тўғри ишлатишни билиш шарт. Презерватив жойлашган қутини очаётганда ўткир, кесувчи асбоблардан фойдаланиш, уни тақаётган кишининг тирноқларини узун бўлиши воситани йиртилишига ёки кесилишига сабаб бўлиши мумкин.

**Микроб нима?** Ер юзиде яшаётган энг кичик жонзотлар бўлган микроблар бир неча миллиард йилдан бери бор. Бироқ инсонлар уларнинг борлигини 1683 йилда билдилар. Ҳар хил линзалар яшаш ҳоббиси бўлган Голландиялик тижоратчи Антоний ван Левенгук бу линзалар билан ишлаётганда жуда кичик жонзотларнинг мавжудлигини аниқлади. Микробларнинг касалликларга йўл очганини эса, ундан 2 аср кейин, XIX асрнинг охирида билдилар. Микробларнинг жуда кўп турлари бор.

**Вируслар:** Вируслар энг кичик микроблар бўлиб, бир ҳужайрадан ҳам иборат эмаслар. Улар фақатгина генлардан иборатдирлар.

**Бактериялар:** Бактериялар вируслардан анча катта микробдирлар. Агар бир вирус инсон катталигида бўлганида еди, Бактерия Нью Йоркдаги "Озодлик Ҳайкали" катталигида бўлар еди. Кўпинча ўзларини устида яшаётган жонзотлар билан озиқланадилар. Бактериялар 3,5 миллиард йилдан бери мавжуддирлар.

ОИЦ ОИТВ инфекциясининг якуний даври ҳисобланади. Вирус билан организм о'ртасидаги кураш узоқ давом етиб, вируснинг устунлиги билан тугайди. Шу вақтдан ОИТС даври бошланади. Бу даврда одам организми ҳар қандай микробга бардош бериш хусусиятини ё'қотади. Жумладан, нафас, ме'даичак, сийдик ё'лларида доимо мавжуд бо'лган ва касаллик қо'зг'ата олмайдиган микроблар ҳам фаоллашиб, турли хасталикларни келтириб чиқариши мумкин. Уларнинг намоён бо'лиши организмда юзага келган ОИТС ҳолати билан боғ'лиқ бо'лгани учун, ушбу гуруҳга кирувчи касалликлар жамланган ҳолда ОИТС билан боғ'лиқ (ассоциирланган) инфекциялар деб аталади. Булар бактериал инфекциялар, замбуруг'ли касалликлар, вируслар қо'зг'атадиган касалликлар, Капоси саркомаси ва ҳ.к. Касаллик вируси инфекция юққан одамнинг қонида, еркаклар шахватида, аёлларнинг жинсий а'золари чиқиндиларида ва қо'крак сутида бо'лади. Шунинг учун ОИТВ, асосан, уч хил ё'л билан юқади: қон орқали, жинсий алоқа воситасида ва инфекция юққан онадан ҳомиласига вертикал ё'л билан о'тади.

**ОИТС (СПИД)** нинг дастлабки аломатлари.ОИВга чалинган кўплаб одамларда ОИТС аломатлари ва белгилари бир неча ой ёки ҳатто йиллар давомида учрамайди. Бошқаларда грипп ва шамоллашга ўхшаш аломатлар ривожланиши мумкин, улар одатда вирус юқгандан 26 ҳафта ўтгач кузатилади.ОИЦнинг биринчи белгилари қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

Иситма;

Ваража қилиш;

Бўғимлардаги оғрик;

Мушаклардаги оғрик;

Томоқ оғриши;

Терлаш (айниқса кечкурун);

Безларнинг катталашishi;

Қизил тошмалар;

Чарчок;

Заифлик;

Тана вазнини йўқотиш.

**Асимптоматик (белгиларсиз)** ОИТС Кўпгина ҳолларда ОИТСнинг дастлабки аломатлари йўқолиб кетганидан кейин кўп йиллар давомида кўшимча касаллик аломатлари кузатилмайди.Шу вақт ичида вирус ривожланиб, иммун тизими ва тана аъзоларига зарар етказишда давом этади. ОИВни репликациялашга қарши дори воситаларисиз ушбу жараён ўртача 10 йилгача давом этиши мумкин. Инфекцияланган одамда одатда ҳеч қандай аломат кузатилмайди, у ўзини яхши ҳис қилади ва соғлом кўринади.

ОИТСнинг ривожланган (сўнгги) босқичлардаги белгилари.Агар бемор даволанмаса, ОИВ инсоннинг инфекциялар билан курашиш қобилиятини заифлаштиради. Одам организми жиддий касалликларга қарши кураша олмайди. Ҳатто оддий шамоллаш аҳм жуда оғир шаклда кечади. Айнан ана шу босқич ОИТС (орттирилган иммунитет танқислиги синдроми) деб аталади.

ОИВ инфекциясинининг охириги даврлардаги аломатлари қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

Кўришнинг хиралашиши;

Ич кетиши, одатда доимий ёки сурункали;

Қуруқ йўтал;

Ҳароратнинг бир неча ҳафта давомида 37 ° С дан юқорилиги;

Кечки терлаш;

Мунтазам чарчок;

Нафас қисилиши;

Бир неча ҳафта давом етадиган безларнинг катталашishi;

Вазн йўқотиш;

Тилда ёки оғизда оқ тошмалар пайдо бўлиши.

ОИВ инфекциясининг охириги босқичларида ҳаётга хавф туғдирадиган касалликларни ривожланиш хавфи анча юқори. Одатда ҳаёт учун хавфли касалликларни, ОИВ ни даволашни учун керак препаратлардан ташқари, тегишли доридармонлар билан бошқариш, олдини олиш ва даволаш мумкин.

ОИВ ва ОИТС ҳақида афсоналар ва ҳақиқатлар

ОИВ ва ОИТС ҳақида кўплаб нотўғри тушунчалар мавжуд. Вирус қуйидаги ҳолларда юқмайди:

Қўл бериб кўришиш;

Қучоқлашиш;

Кундалик ўпишлар (агар оғизда яралар бўлмаса);

Акса уриш;

Тери билан алоқа;

Сочикларни бирга ишлатиш;

Рўзгор буюмлари (қошиқ, пиёла, коса ва ҳоказо).

ОИВ ва ОИТС диагностикаси (ташхиси)

СДС (касалликларни назорат қилиш ва олдини олиш марказлари) маълумотларига кўра, ҳар 8 та ОИВ билан касалланган америкаликларнинг биттаси ўзларининг ҳолатидан беҳабар.

ОИВ учун қон намунасини таҳлил қилиш ва натижалари

Ташхис вирус мавжудлигини аниқ кўрсатадиган қон таҳлили ёрдамида амалга оширилади. Агар ОИВ вируси топилган бўлса, тест натижаси «ижобий» бўлади. Қон беморга касаллик мавжуд дея хабар берилгунга қадар бир неча марта қайта текширилади. Агар бирон киши вирусга дучор бўлса, улар имкон қадар тезроқ синовдан ўтиши жуда муҳимдир. ОИВнинг тезроқ аниқланишида, даволанишнинг муваффақиятли бўлиши еҳтимоли кўпроқ. Бундан ташқари, уйда ўтказса бўладиган тест воситасидан фойдаланишингиз мумкин. ОИВ юқганидан сўнг, вирус тест натижасида ижобий натижа бериши учун 3 ҳафтадан 6 ойгача вақт кетиши мумкин. Қайта синов қилиниши керак бўлиши мумкин. Шу билан бирга, шифокор бир неча ҳафта ўтгач, тестни қайта бажарилишини талаб қилади.

ОИЦни даволаш: Ҳозирги кунда ОИВ ёки ОИЦга даво йўқ. Мавжуд даволаш усуллари касалликнинг ривожланишини секинлаштириши мумкин ва кўпчилик одамларга узоқ ва нисбатан соғлом ҳаёт кечирishга имкон беради. Ерта ОИВ инфекциясида антиретровирусли даволаниш жуда муҳимдир — бу ҳаёт сифатини яхшилайдди, умр кўриш давомийлигини узайтиради ва 2013 йил июн ойида чоп етилган Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти йўриқномаларига мувофиқ юктириш хавфини камайтиради. Ҳозирги кунда ОИВ инфекцияси бўйича ҳеч қандай емлаш ёки доридармон йўқ, аммо даволаш усуллари анча яхшиланди. Беморларнинг соғлиги ва ҳаёт сифатини кунига қабул қилинадиган бир таблетка сезиларли даражада яхшиланиши мумкин.

ОИВ учун фавкулудда таблеткалар (посталоқа профилактикаси)

Агар одам сўнгги 72 соат ичида (3 кун) вирус юктирганлигига амин бўлса, ПЕП деб аталадиган ОИВга қарши воситалар (посталоқа[постконтакт] профилактикаси) касаллик ривожланишини тўхтатиши мумкин. Даволашни вирус юқганидан кейин имкон қадар тезроқ олиш керак. ПЕП 4 ҳафталик, фақат 28 кун давом этадиган даволашнинг жуда қийин усулдир. Бу нохуш ноҳўя таъсирга (диарея, кўнгил айниши ва бош оғриғи) сабаб бўлиши мумкин. ОИВга ижобий ташхис қўйилгач, даволанишни бошлашдан аввал вируснинг ривожланишини кузатиш учун мунтазам қон текширувлари топшириб туриш керак. Терапия кўплаб афзалликларга ега ва қонда ОИВ даражасини камайтиришга қаратилган.

Антиретровирус препаратлар: ОИВ ни даволаш антиретровирус (АРВ) дорилар билан амалга оширилади. Препаратлар ОИВ инфекцияси билан курашади ва организмда вирус тарқалишини секинлаштиради. Одатда, беморлар ЎСАРТ (юқори самарали антиретровирус терапия) ёки КАРТ (комбинатив антиретровирусли терапия) каби комбинацияланган даволашни оладилар. Комбинатив дори воситалари ҳар бир инсонга мос келади. ОИВ ни даволаш одатда доимий ва умрбоддир. ОИВни даволаш одатдаги дозага асосланган. Таблеткалар ҳар сафар мунтазам равишда режалаштирилган ҳолда қабул қилиниши керак. АРВнинг ҳар бир тури ҳар хил ноҳўя таъсирга ега, аммо баъзи бир умумий таъсирлари кўнгил айниш, чарчаш, ич кетиши, бош оғриғи, терида тошма тошиши ёки кўришнинг хиралашишини ўз ичига олиши мумкин.

Кўшимча ёки муқобил тиббиёт

Баъзи бир чекланган тадқиқотларга биноан, ўсимлик дори воситалари каби муқобил доридармонлар самарали қўлланилмаган, аммо минерал ёки витаминлар умумий саломатлик ҳолатига яхши таъсир кўрсатади. Беморларга бу усулларни шифокорлари билан муҳокама қилиш тавсия этилади.

ОИВни олдини олиш (профилактика)

ОИВ инфекциясини олдини олиш учун тиббиёт ходимлари қуйидаги чораларни тавсия қилишади:

Ҳимояланмаган жинсий алоқа — презервативсиз жинсий алоқа — жинсий алоқа орқали юқадиган ОИВ ва бошқа таносил касалликлари билан касалланиш хавфини оширади. ОИВ ҳимояланмаган жинсий алоқа орқали (вагинал, оғиз ва ёки анал) тарқалиши мумкин.

Гиёҳвандлик ва игна алмашиш — интравеноз (вена ичига) наркотиклардан фойдаланиш ривожланган мамлакатларда ОИВ юқишининг асосий сабабларидан бири. Игналарни алмашиб фойдаланиш ОИТС ва гепатит С каби бошқа хавфли вирусли касалликларга олиб келиши мумкин. Кимдир игнадан фойдаланиши керак бўлса, у тоза, фойдаланилмайдиган, очилмаган игна бўлиши керак.

Танага таъсири — ОИВ зарарланган қон таъсири хавфини камайтириш ва олдини олиш учун еҳтиёт чораларини қўллаш орқали назорат қилиниши мумкин. Ҳар қандай ҳолатда ҳам соғлиқни сақлаш ходимлари тўсиқлардан (қўлқоплар, ниқоблар, кўзойнақлар, қалқончалар ва халатлар) фойдаланишга керак. Қон ёки бошқа тана суюқликлари билан алоқадан сўнг дарҳол тез ва тўлиқ терини ювиш касалланиш еҳтимолини камайтиради.

Ҳомиладорлик — айрим АРВ препаратлари туғилмаган чақалоққа зарар етказиши мумкин. Бироқ, самарали даволаш режаси ОИВ инфекциясини онадан болага юқишини олдини олади. Боланинг соғлиғини ҳимоя қилиш учун еҳтиёт чораларини кўриш зарур. Кесарча кесиш талаб қилиниши мумкин. ОИВ билан касалланган оналар болаларини емизмасликлари керак.

Таълим — соғлиқни сақлаш таълими инсонларга касаллик юқиши йўллари ва хавф омилларини тушунтириши касалликнинг олдини олиш учун муҳим ҳисобланади.

### **ОИВни назорат қилиш**

Қатъийлик — ОИЦни даволаш фақат доридармонлар ўз вақтида қабул қилинганда самарали бўлади. Ҳатто бир неча дозанинг йўқлиги даволанишни хавф остига қўйиши мумкин. Кундалик методик дастур беморнинг турмуш тарзи ва тартиби атрофида даволаниш режасига мувофиқ бўлиши учун дастурлаштирилиши керак. Бир киши учун даволаш режаси бошқа бир киши учун даволаш режаси бўла олмайди.

Умумий саломатлик — беморларнинг доридармонларни тўғри қабул қилиши ва бошқа касалликлардан қочиш учун чоралар кўриши муҳимдир (масалан узоқ вақт совуқда қолмаслик). Беморларнинг умумий соғлиғини яхшилаш ва мунтазам машқлар қилиш, соғлом овқатланиш, чекмаслик, спиртли ичимликлар ичмаслик, касаллик хавфини камайтириш учун ҳаракат қилишлари керак.

Қўшимча чоралар — ОИВ билан касалланган одамлар бошқа касалликлар билан касалланишининг олдини олишга ҳаракат қилишлари керак. Улар ҳайвонларга еҳтиёт бўлишлари, мушуклар ва ҳайвонларнинг нажаслари билан, шунингдек, қушлар билан алоқа қилишдан қочишлари керак. Тўлиқ ва мунтазам равишда қўл ювиш тавсия етилади.

Узоқ муддатли ҳолат — ОИТС узоқ муддатли ҳолат, шунинг учун беморлар ўзларининг соғлиқни сақлаш жамоаси билан доимо алоқада бўлиши керак. Даволаш режаси мунтазам кўриб чиқилади.

Психологик — ОИТС ва ОИВ инфекцияси ҳақида кенг тарқалган нотўғри тушунчалар камаймоқда. Ҳолбуки, дунёнинг кўплаб мамлакатларида бу ҳолат сақланмоқда. Вирус билан касалланган одамлар ўзларини ҳибсга олингандек, рад етилгандек, камситилгандек ҳис қилиши мумкин. Бу ҳолатда психолог ёрдами жуда муҳимдир.

## **ЎҚУВ КЛИНИК АМАЛИЁТИ**

# МАВЗУВИЙ РЕЖА БЎЙИЧА ВИЛОЯТ БОЛАЛАР КЎП ТАРМОҚЛИ ТИББИЁТ МАРКАЗИНИНГ БЎЛИМЛАРИДА ЎТКАЗИЛАДИ.

## КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУЛАРИ МАЗМУНИ

### ҚАБУЛ БЎЛИМИДА БЕМОРЛАРНИ ТОЗАЛАШ. БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТЕКШИРУВГА ТАЙЕРЛАШ

Беморнинг стационарда, поликлиникада, турмушдаги ҳаёт тарзини идора қиладиган, касалликни даволаш ва профилактика қилиш таъсирчанлигини оширадиган тадбирлар ва қоидалар йиғиндисига гигиена дейилади.

Стационарга тушган ҳамма беморларни, оғир аҳволдаги беморлардан ташқари, санитария ишловидан ўтказилади (ванна, душхона ёки ҳўл сочиқ билан артиш). Талаба-практикант беморни ваннахонага олиб боради ва уни синчиклаб кўздан кечиради. Агар беморда бит ёки сиркалар топилса, сочларини олади, жунларини қиради ва баданнинг сочли қисмларига дезинфекция қиладиган моддалар суртади.

Соч оладиган машинка ва устара 70° спирт билан дезинфекция қилинади. Касалхонага келган ҳар бир бемор учун қайнатилган шахсий мочалка ва 50 г совун ажратилади. Дезинфекция қиладиган эритма қуйилган тоза мочалкалар «тоза» деган ёзуви булган ёпиқ идишда сақланади. Ишлатилган мочалкалар ҳам «ишлатилган» деган ёзуви булган ёпиқ идишда сақланади.

Беморни чумилтиришдан олдин ваннани иссиқ сув билан совунлаб ювилади, зарур бўлса (тери касаллиги ёки юқумли хасталиги бўлган беморлардан кейин) дезинфекция қилинади. Ваннахонада буғ йиғилиб қолишининг олдини олиш учун ваннани аввал совуқ сув, кейин иссиқ сув билан тулдирилади. Сув ҳароратини махсус сув термометри билан ўлчанади.

Оғир аҳволдаги беморларни тахта панжара устида ётган ҳолатида душ тагида резина шланг билан чумилтириш мумкин. Чумилтиришдан сунг беморни чойшабга ўралади ва обдон қуригунча артилади. Баданни қисм-қисм совунли илиқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артилади. Баданнинг ювилган қисмларини тезда артилади. Чумилтирилгандан кейин беморнинг қўл ва оёқларидаги тирноқлари олдирилади ва тоза касалхона кийимлари кийдирилади.

Беморларни касалхонада булиш вақтини қисқартириш ва жаррохлик фаоллигини ошириш учун одатда режали беморлар амбулатория йули билан текширилиши керак. Энг куп учрайдиган касалликларда текширишнинг умумий схемасини ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқ ва улар минимал ёки максимал ҳажмда белгиланади.

Режали оператив даволашга муҳтож булган касалларга мажбурий ва махсус текшириш турлари белгиланнади.

Текширишнинг мажбурий минимуми умум қабул килинган текшириш (куздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация) билан бир қаторда қуйидагиларни уз ичига олади:

- 1) қоннинг умумий анализи;
- 2) сийдикнинг умумий анализи;
- 3) қон босимини улчаш;
- 4) курак кафаси органларининг рентгеноскопияси (айрим ҳолларда);
- 5) қон группаси ва резус-факторни аниқлаш.

Кейипчалик биринчи учта текширишни керак булганда ёки ҳар 7—10 кунда такрорланади.

Рентгенологик текшириш курак кафаси органлари касалликлари билан оғриган ёки унга шубҳа қилинган одамлар ва профилактик мақсадларда 1 йил мобайнида ундан утмаган беморларга белгиланади. Ун икки ёшга тулмаган беморлар профилактик рентген қуригидан утказилмайди. Еши 50—60 дан ошган беморларни текширишнинг мажбурий минимумига электрокардиография ва терапевт консултацияси киритилади. Қонни текшириш диагностиканинг энг муҳим булимларидан биридир.

## ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ЎРИН КЎРПА ВА ОКЛИКЛАРИНИ АЛМАШТИРИШ.

Уринбош ва ич кийимларни алиштириш қоидалари.

Беморларни навбатдаги санитария ювиб-тарашидан кейин одатда 7—10 кунда бир марта алиштирилади. Оғир беморларда буни катта эҳтиёткорлик билан бажарилади. Беморни аста-секин каравот четига суриб қуйилади. Агар аҳволи имкон берса, ёнбоши билан ётқизилади, кир чойшабнинг буш турган ярмини эни буйлаб орқага томон уралади, бушаб қолган жойга эса ярми уралган тоза чойшаб ёзилади (1-расм, а, б, в). Тоза ва кир чойшаб урамлари ёнма-ён ётади. Сунгра беморни чойшабнинг тоза ярмига ётқизилади, кирини йиғиштирилади, тозасини ёзилади ва шу билан чойшаб солиш тугалланади.

Агар беморга уринда ҳаракатлар қилишга рухсат берилмаган булса, чойшабни бошқа усул билан алиштирилади. Аввалига беморнинг бошини бир оз кутарилади, чойшабнинг бош томонини белга бурма ҳолида йирилади, сунгра оёқларини кутарилади ва шу тарифа -белга чойшабнинг иккинчи учини йирилади, шундан сунг уни бемор тагидан эҳтиётлик билан чиқарилади. Айна пайтида иккинчи томондан узунасига иккита урам қилиб уралган тоза чойшабни бел остига киритилади, сунгра уни иккала томондан — бош ва оёқлар тагига ёзилади.

Ич кийимларни алиштиришда муайян кетма-кетликка риоя қилиш керак: куйлакни елкадан юқорига кутарилади, аввал бошдан, сунгра қўллардан чиқарилади, уни тескари тартибда кийинтирилади — куйлакнинг олдин енги, сўнгра бош томони кийилади (2-расм, а, б). Оёқ-қўл касалликларида ёки шикастларида ич кийимни аввал соғлом оёқ-қўлдан, кейин касал оёқ-қўлдан ечилади.

1-расм.





б



в

а, в. Уринбош оқлицларини алиштиришнинг турли хил усуллари.



б

2-расм, а, б. Ич кийимни алиштириш.



Кийимни тескари тартибда, яъни аввал шикастланган оёқ-кўлга кийилади.

### БЕМОРЛАРНИ БОҒЛОВ ХОНАСИГА, ОПЕРАЦИЯ ХОНАСИГА ВА ПАЛАТАЛАРГА ЕТКАЗИШ.

Беморларни булимда олиб юриш усулларини даволовчи врач белгилайди. Бу эса беморнинг умумий аҳволига боғлиқ булиб, замбилда, юмшоқ курси, курси-замбилларда, кўлларда олиб юрилади. Беморни, айниқса оғир ётган беморларни олиб юришнинг энг осон ва қулай усули — замбилда олиб юриш усулидир. Беморларнинг замбилдаги ҳолати узи учун қулай булиши (касалнинг миждозига, шикастланиш турларига, оғир-енгиллигига боғлиқ) керак. Беморларни каравотдан замбилга иккита ходим кўтариб ётқизади — бири боши, буйин, кукрак соҳаларидан кутарса, иккинчиси бел ва сон соҳаларидан кўтаради.

Беморларни олиб юришда бир хил горизонтал ҳолатда сақлашга ҳаракат қилинади. Зинапоядан пастга олиб тушишда замбилнинг олдинги қисмини анча кутарилади. Зинапоядан юқорига олиб чиқишда эса беморнинг бош қисми олдинга булиб, замбилнинг пастки қисми кўтарилиб текис ҳолатга эришилади. Қорин бушлиғи органларидаги операциялардан кейин парвариш, утказилган операциянинг оғир-енгиллиги ва ҳажмига боғлиқ булади. Қиёсан оддий операциялар (уткир аппендицит, чурралар, ут пуфагини олиб ташлаш — холецистэктомиялар ва б.) дан кейинги парвариш принциплари куйидагилардир: бемор операция хонасидан палатага олиб келингандан сунг уни янги тайёрлаб куйилган тоза уринга ёстиксиз чалқанчасига ётқизиб куйилади.

Наркоздан кейинги даврда беморларда қусиш пайдо булиб, қусуқнинг нафас йулларига тикилиб қолмаслиги чорасини куриш жуда муҳимдир. Қусиш белгилари пайдо булса, тиббий ҳамшира беморнинг бошини бир ёнга буради, ҳамшира олдиндан тайёрлаб куйилган тоза сурп билан беморнинг оғиз бушлигини артиб олади ва дарҳол врачга маълум қилади.

Операциядан кейинги даврда оғриққа қарши кураш катта аҳамиятга эга. Бундай ҳолларда оғриқ қолдирадиган, тинчитадиган дори-дармонлар буюрилади. Мураккаб операциялардан сунг, айниқса ичак ва меъданинг бир қисмини олиб ташлаш, жигар операцияларидан сунг беморлар реанимация булимига утказилиб интенсив даволаш чоралари амалга оширилади. Бу хилдаги беморларда купинча бурун — меъда зонди қолдирилади. Ҳамшира зонддан чиқадиган ажралмаларнинг табиатини кузатиб, чиқарилган суюқлик миқдорини қайд қилиб боради. Зонд тикилиб қолмаслиги учун ҳар 3-4 соатда натрий хлориднинг озроқ миқдордаги изотоник эритмаси билан ювиб турилади. Зонд, ундан яшил рангли шилимшиқ чиқиши тухтамагунча 48—72 соатгача сақлаб турилади. Зонд яхши ишлаб турган булса, ичиш учун оз миқдорда сув бериш мумкин.

Оғиздан овқат беришдан олдин врач ҳамширани огоҳлантириб куяди ва ўтказилган операциянинг табиатига қараб тегишли схемани буюради. Қорин бушлиғи органларидаги операциялардан кейин купинча ичак қовузлоқлари газлар тулланишидан дам булиб кетади. Метеоризм оғриқ туриши, нафас қийинлашиб қолиши билан давом этади. Метеоризмнинг олдини олиш ва унга қарши кураш мақсадларида кислородни нафасга олдириб туриш ва вақт-вақти билан ҳар 2-3 соатда тўғри ичак бўшлиғига 15—50 минутгача газ ўтказувчи қай куйиш керак.

Қорин бўшлиғидаги йирингли жараёнлар муносабати билан қилинган операциялар

аксари дренаж куйиб куйиш, резина найлар ёки дока тампонлар қолдириб, устини салфетка ва боғламлар билан ёпиб куйиш билан тугалланади.

### БЕМОРЛАР ТУМБОЧКАЛАРИ САНИТАРИЯ ХОЛАТИ ВА ТОЗАЛАШ.

Ҳар бир ишнинг алоҳида режим асосида бажарилиши яхши самара берганидек, беморларнинг стационарда даволанаётганларидаги режими ҳам муҳим аҳамиятга эга; Чунки, бемор касалхонага тушгандан бошлаб токи тузалиб чиққунга қадар маълум бир режим буйича даволанади. Агар пала-партишликка йул қуйилса касалхонада ишлаб чиқилган қоидаю қонунларга амал қилинмаса, албатта бемор кишининг даволаниш процессига маълум даражада манфий таъсир курсатади.

Яхши тузилган режим беморларга бутун кун мобайнида етарли даражада ухлаш ва дам олиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, хоналарни тоза тутиш, ўз вақтида овқатланиш, мунтазам врачлик кузатуви, даво- муолажаларини кечиктирмай бажаришни таъминлайди. Кундалик режим ва тартиб-қоидалар касалхона ва булим профилига боғлиқ. Касалликнинг характери ва оғир-енгиллигига кура беморларга куйидаги режимлар тайинланади:

- беморга ҳатто ўтиришга ҳам рухсат этилмайдиган қатъий уринда ётиш режими;
- уринда ётиш режими — уринда ҳаракат қилиш мумкин, бироқ ундан туриб кетишга рухсат этилмайди;
- уринда ётиш режимининг ярим деган турида палатада юриш ва ҳожатхонага боришга рухсат берилади;
- оддий режим — булим атрофларида ва касалхонанинг шу мақсад учун ажратилган ҳудудида бемалол юришга рухсат этилади.
- Беморлар ички тартиб-қоидалар, врач курсатмалари, тиббий ҳамшира буюрганларини пухталиқ билан бажаришлари лозим. Практикант беморларнинг палаталар ва коридорларда шовқин қилмасликлари, касалхонанинг бошқа булимларига бормасликлари, бегонанинг урнида утирмасликлари, тунги уйқу, кундузги дам олиш вақтида осойишталикка риоя қилиб уринларида ётишлари устидан кузатиб бориши керак. Соат 22 дан кейин ҳамма палаталарда чироқлар учиради ва радио узиб куйилади. Манипуляциялар бажариш ва дори-дармонлар бериш беморларнинг овқат ейиш, ухлаш ва дам олиш соатларига турри келмаслиги керак, шошилинич доллар ва дори-дармонлар маълум соатларда бериладиган дорилар бундан мустасно. Касалхона рсжими бемор нерв системасига ва психикасига яхши таъсир қилиши керак. Шовқинларни бартараф этиш учун ходимлар жуда секин гапиришлари зарур.

### ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ЮВИНТИРИШ

Етиб қолган беморларни ювинтириш, оғзини тоза тутиш, тагини ювиш, сочини тарашни талаба санитарка ёрдамида бажаради. Оғир ётган беморларнинг қўл ва юз терисини қайнаган сувга хўлланган пахта билан артилади. Куз қовоқлари ва киприкларини 2% ли илиқ борат кислота эритмаси билан пипетка ёки пахта пилик ёрдамида ювилади, оғиз бушлиғини тоза тутиш учун кунига 2—3 марта ювилади ёки дезинфекцион эритма билан чайилади (калий перманганат, риванол, фурацилиннинг кучсиз эритмалари), сунгра 10% глицерин қўшилган 1 % ли бура эритмасига хўлланган дока салфетка билан артилади. Бунда докани шпатель ёки корнцангга уралади. Оғир аҳволдаги беморларнинг тагини кунига бир неча марта (сийиш ва ҳожатдан кейин) ювиш зарур.

Беморларни ҳафтада бир марта ваннада, душ остида чумилтирилади ёки ётган жойида илиқ сув билан совунлаб ювилади (бу тадбирлар бемор стационарга тушгандаги каби бажарилади). Чумилтиришдан кейин ич кийимлари ва уринбош анжомлари алиштирилади ва тирноқлари олинади. Дезинфекция тадбирлари зарурат бўлганида ўтказилади.

Касалхонага келган ҳар бир бемор учун қайнатилган шахсий мочалка ва 50 г совун ажратилади. Дезинфекция қиладиган эритма қуйилган тоза мочалкалар «тоза» деган

ёзуви булган ёпиқ идишда сақланади. Ишлатилган мочалкалар ҳам «ишлатилган» деган ёзуви булган ёпиқ идишда сақланади. Беморни чумилтиришдан олдин ваннани иссиқ сув билан совунлаб ювилади, зарур булса (тери касаллиги ёки юқумли хасталиги булган беморлардан кейин) дезинфекция қилинади.

Ваннахонада буғ йиғилиб қолишининг олдини олиш учун ваннани аввал совуқ сув, кейин иссиқ сув билан тулдирилади. Сув ҳароратини махсус сув термометри билан улчанади. Оғир аҳволдаги беморларни тахта панжара устида ётган ҳолатида душ тагида резина шланг билан чумилтириш мумкин.

Чумилтиришдан сунг беморни чойшабга ўралади ва обдон қуригунча артилади. Баданни қисм-қисм совунли илиқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артилади. Баданнинг ювилган қисмларини тезда артилади. Чумилтирилгандан кейин беморнинг кул ва оёқларидаги тирноқлари олдирилади ва тоза касалхона кийимлари кийдирилади.

#### ОҒИР БЕМОРЛАР – ТЕРИ, ШИЛЛИК ҚАВАТЛАРИ, СОЧЛАРИ ВА ТИРНОҚЛАРИ ПАРВАРИШИ.

Беморнинг соч тирноқларини парвариш қилиш. Бошни 7—10 кунда илиқ сув билан совунлаб ювилади, сунгра сочлари қуруқ қилиб артилади ва таралади. Сочни металлдан ясалган тароқлар билан тарамаслик керак, чунки улар бош терисини таъсирлантиради. Узун сочларни қисм-бақисм таралади. Тароқларни ҳамиша тоза тутиш: натрий гидрокарбонатнинг илиқ 2% ли эритмасида ювиш ва вақти-вақтида этил спирти, сирка билан артиб туриш керак. Қўл ва оёқларидаги тирноқлар мунтазам олдириб (қирқиб) турилади.



6-расм. Қўл (а) ва оёқдаги (б) тирноқларни олдириш.

#### БЕМОРЛАРГА СУДНА, СИЙДИҚДОН ТУТИШ ВА УЛАРНИ ТОЗАЛАШ

Ўриндан турмай ётадиган режимдаги беморларга эрталабки ювиниш учун тушаги олдига илиқ сув ва тоғорача тутилади. Улар талабалар ёрдамида аввал қўлини, сўнгра юзи, бўйни ва кулоқларини, қўлтиқ соҳасини, чов бурмаларини, сут безлари остидаги

бурмаларни, айниқса кўп терлайдиган ва семиз беморларда кунт билан ювадилар, акс ҳолда тери бурмаларида бичилишлар ҳосил бўлади.

Жинсий органлар ва орқа чиқарув йули соҳаси айниқса кунт билан парваришлашни талаб этади. Юрадиган беморлар шу мақсадда сув оқими вертикал бўлган махсус унитазлардан фойдаланишади ёки бошқа усулда остини ювадилар, ётган беморларнинг остини эса суткасига камида 1 марта ювилади. Бунда бемор чаноғи тагига клеёнка ёзилади. Тагга қуйиладиган идиш тутилади ва тиззаларни букиб, оёқларни бироз кериш таклиф қилинади. Оралиққа қуйгичдан илиқ сув ёки кучсиз калий перманганат эритмаси йуналтирилади. Сунгра корнцанг билан қисиб олинган стерил пахта пилик билан жинсий органлардан орқа чиқарув йулига томон бир неча ҳаракатлар қилинади. Бошқа пахта пиликчаси билан оралиқ қуритилади.

### ИЧАК ВА СИЙДИК ОҚМАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ.

Ахлат оқмаси бўлган беморларни парвариш қилишнинг узига хос томонлари бор. Оқма ва оқма атрофидаги тери доимий парваришни талаб этади. Оқма атрофидаги тери шилинишига йул қўймаслик учун бундай беморларда жароҳатни тез-тез қайта боғлаб туриш керак. Бемор ҳаракатлари вақтида сирпаниб тушмаслиги учун боғламни яхши боғлаш керак. Ҳар гал ич бушатиладиган сўнг ичак шиллик пардасининг кўриниб турган қисмига вазелинга хўлланган салфетка босиш, устидан пахтали салфетка қуйиш, сунгра бинтлар ёки махсус бандаж билан маҳкамлаш лозим. Клеол ёки ёпишқоқ пластр ишлатиш тавсия қилинмайди, чунки боғламлар тез-тез алиштириб турилганда тери шилиниб жароҳатланиши эҳтимол. Оқма атрофидаги терига индифферент малҳам (рухли малҳам, Лассар пастаси) суртиш керак.

Оқма шаклланиб операцион жароҳат битгандан кейин терининг таъсирланишини камайтириш учун ҳар куни ванналар қилиш жуда фойдали. Ахлат тутилиб қолганда клизма қилишга зарурат пайдо бўлади. Бунинг учун фартук тақиш ва оқма орқали ичакка учлик киритиш ва эҳтиётлик билан 500 - 600 мл 1% натрий хлор эритмаси юбориш керак.

Гастростомали беморларнинг парвариши. Оғиз орқали овқат қабул қилишнинг имконияти бўлмаса – қизилўнғач бутунлай ўсмалар ёки бириктирувчи тўқимали ҳосилалар билан беркилиб қолганда гастростома (ошқозонга фистула) вақтинчалик ёки доимий овқатланиш учун қўйилади.

Операциядан сўнгги биринчи куни ошқозон мотор функцияси ҳали тикланмаганлиги сабабли, унинг декомпрессияси учун гастростомик трубканинг охири очик қолдирилади ва бемор танасидан пастроқда жойлашган бўш флаконга қўйилади. Гастростома найчаси ташқи қисмининг узунлиги тери устидан камида 20 см бўлиши керак.

Олинган ошқозон суюқлигининг миқдори ўлчанади ва ранги аниқланади. Фистуладан ажралиб чиққан суюқликнинг миқдори одатда кўп бўлмайди ва унинг ўрни суюқлик ва гипертоник эритмаларни томир орқали юбориш йўли билан қопланади.

Қоидага кўра, бир кундан кейин ошқозон эвакуация функцияси тикланади ва шунинг учун фистула орқали ажратма чиқиши кескин камаяди. Шундан сўнг трубка блокланади ва факат озиклантириш учунгина очилади. Бунинг учун найча букилиши ва дока ёки резина ҳалқа билан боғлаб қўйилиши мумкин. Иккинчи вариант биринчисидан афзал, чунки дока тез ифлосланади ва уни тез-тез алмаштириб туриш керак бўлади.

Найча оғзини резина пробка билан беркитиш лозим. Пробка тиқиннинг охири найчадан чиқиб туриши керак, лозим бўлганда очиб, қўллаш осон бўлиши учун. Найчага металл қисқичларни қўлламастик керак, чунки улар найга зарар келтиради ва совуқ кунларда ноқулайликлар келтириб чиқаради.

Гастростома герметиклиги бузилган бўлса, ошқозон суюқлиги найча ва қорин олд деворлари орасидан оқа бошлайди. Ошқозон шираси хлорид кислота ва протеолитик ферментлар сақлайди ва шунинг учун, улар терига тушгандан сўнг, 2-3 соатдан кейин ферментатив

дерматитни келтириб чиқаради. Бу эса, кейинчалик терининг қизариши ва шишиши, кичик яралар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Беморга қўшимча азоб берувчи оғриқлар вужудга келади.

Ривожланган дерматитда яллиғланган соҳага цинк (рух) малҳами, Лассар пастаси, таниннинг 10%- ли сувли эритмаси суртилади, куруқ танин кукуни, талк, гипс сепилади. Бу соҳага боғлам қўйилмайди, ҳаво билан қуритиш учун очиқ қолдирилади. Бемор кровати ёнида стерил докадан шариклар қолдирилади ва улар билан стомадан оққан махсулот дарров артиб олинади. Агар боғлам қўйиладиган бўлса, боғлам тезда ошқозон шираси билан тўйиниб қолади ва дерматит белгилари чуқурлашиб кетади.

Тери устига паста ва ҳимоя малхамлари (кремлари) суртилаётганда, улар терига маҳкам ёпишганлигига эътибор бериш керак. Агар терига жипс ёпишмаса, улар тагига ошқозон шираси оқиб кириши мумкин. Кейинги боғлам қўйишларда пастанинг едирилган қисмлари олиб ташланади ва янгиси қўйилади.

Бу усуллар ёрдам бермаганда гастростомани герметиклиги турли хилдаги обтураторлар – гастростомик трубка ва ёриқ орасини боғловчилар, қўйиш йўли билан таъминланади.

Уларнинг энг оддийлари – най бўйлаб поролондан ясалган тасма қўйиш бўлиб, у трубанинг диаметрини керакли ҳажмга оширади.

Гастростома трубкаси ёриқдан ташқарига чиқиб кетганида, у дарҳол ошқозоннинг бўшлиғига қайтариб киритилиши керак.

Агар бу иш ўз вақтида бажарилмаган бўлса, бир неча соат ичида бу йўл, унинг таркибидаги тўқималарнинг қисқариши ва емирилиши сабабли йўналишини ўзгартиради.

Гастростома найчасини киритиш шифокор бажарадиган муолажадир.

Дастлаб, узун, учи қайрилган қисқич (корнцанг) ёрдамида яра йўлининг йўналиши текширилади, ундан кейин тушиб кетган гастростома трубкаси қайта ўз жойига киритилади.

Шу билан бирга жуда ҳам эҳтиёт бўлиш керак. Чунки, сохта йўл ҳосил қилиб, найни эркин қорин бўшлиғига киритиб қўймаслик лозим.

Агар трубкани алмаштириш керак бўлса, аввал автоклавда ёки қайнатиш йўли билан дезинфекциялаш ёки кимёвий антисептик эритмасида стерилизация қилиш орқали трубканинг янгисини тайёрлаб олиш керак.

Илеостома парвариши. Илеостома полипоз ёки носпецифик ярали колит билан оғриган беморларда йўғон ичакни тотал олиб ташлагандан сўнг ҳосил қилинади. Ёнбош ичакнинг терминал қисми ўнг қовурға равоғи билан қорин орасидаги соҳага чиқариб қўйилади.

Бундай беморларга парвариш ингичка ичак ажратмасини йиғиш, ферментатив дерматит профилактикаси, ичак суюқлигини камайтиришга, тузлар ва витаминлар дефицитини олдини олишга қаратилган парhezни (диетани) танлашдан иборат. Фистула ичидан чиққан ичак суюқлигининг миқдори одатда сезиларли миқдорда бўлиб, кунига 1,5-2 литрни ташкил этади ва бўтқасимон консистенцияга эга бўлади. Агар терига тушиб қолса, у бир соат ичида тери қизаришига, 3-4 соатдан кейин эса – мацерацияга олиб келади. Ингичка ичак ферментларидан терини ҳимоя қилишдан ташқари, қуюқ консистенцияли овқатланиш, махсус парhez, парентерал овқатланиш, дори моддалари буюрилади.

Қуруқ овқатланиш – бу қуюқ консистенцияли овқатлар истеъмол қилиш, суткалик суюқлик миқдорини чеклаш, оғиз орқали суюқликни овқатдан 30 мин.-1соат олдин ёки кейин қабул қилиш.

Ярадан суюқлик чиқишини камайтирадиган овқатлар – гуруч пюреси, димланган гуруч, картошка, макарон махсулотлари, оқ нон, олма шарбати кабилардир. Ярадан суюқлик чиқишини кўпайтирадиган махсулотлар ман этилади – янги мева ва сабзавотлар, зираворли аччиқ овқатлар, кепакли нон, олхўри қоқи, мева шарбатлари, пиво, спирт, шоколад ва кофеин сақловчи ичимликлар кабилар. Яра атрофидаги тери таъсирланишига қуйидагилар олиб келиши мумкин: цитруслар, янги олма, нўхот, селдерей, ёнғоқ, ширин маккажўхори, кокос ёнғоғи. Ярадан суюқликнинг кўп оқишида суюқлик ва озик-овқатни оғзидан истеъмол қилишни чеклаш керак. Ушбу чекловларни компенсация қилиш учун вена ичига натрий хлор

эритмалари, оксил препаратлари, ёғ эмульсиялари (парентерал озиклантириш учун) юбориш керак.

Колостомани парваришлаш. Йўғон ичак оқмаси колостома деб аталади ва унга қуйдагилар сабаб бўлади:

1) Асосан ўсма этиологияси туфайли (обструкциядан олдин) йўғон ичак тугилишида, газлар ва нажасни олиб ташлаш учун;

2. Ўсма жараёни натижасида йўғон ичакни тўлиқ олиб ташлаганда, сигмасимон ичакни ораликқа тушириш мумкин бўлмаганда.

Йўғон ичак оқмаси бир шохли ва икки шохли бўлиши мумкин.

Кўр ичак оқмаси (цекостома) дан асосан суюқ ажратма чиқади, йўғон ичак оқмаларидан эса шакланган нажас ажралиб туради. Терининг таъсирланиши (дерматит) фақат кўр ичак оқмаларида пайдо бўлади, чунки унинг таркибида ингичка ичак ферментлари мавжуд.

Операциядан 3-5 кун ўтгач, ичак перистальтикаси одатда тикланади. Шу вақтдан бошлаб операциядан кейинги жароҳатни ичак маҳсулотидан химоя қилиш ахлат (нажас) қабул қилувчилар ёрдамида амалга оширилади.

Колостомали беморларда мунтазам равишда ичак бўшалишини таъминлаш керак. Бу муолажани иложи бўлса ҳар доим бир вақтда бажариш лозим. Бунга парҳез, дори-дармон, хукна (клизма) орқали эришилади. Дефекациянинг кунига 1-2 марта, порцияли бўлиши энг мақбул ҳолатдир. Агар нажас тез-тез ва суюқ ҳолда ажралиб чиқса, беморни мустаҳкамловчи парҳезга ўтказилади. Унинг таркибига майда ғалладан тайёрланган оқ нон, гуруч, сариеғ, творог, картошкали пюре, шакар, гўшт маҳсулотлари киради.

Ични юмшатувчи таъсирга эга бўлган маҳсулотлар чекланади: кепакли нон, хом мева, сабзавот, сут, янги кефир, асал.

Нажас келиши тўхтаганда, ўсимлик манбаларидан тайёрланган ични юмшатувчилар берилади (ўсимлик япроқлари, итшумурт пўстлоғи, шивит суви) ва кўпинча хукни (клизма) қўйилади. Аввал оқма ичига вазелин суртилган қўлқоп кийилган бармоқ киритилади ва ичак тутқичи йўналиши аниқланади. Шундан кейин ўша йўналиш бўйича нокчанинг учи ёки найча киритилади. Юмшатиш учун 500-600 мл сув ёки 100-150 мл 10% ош тузи эритмаси ёки 200 мл вазелин ёғи эритмаси қўлланилади.

Ичакдан газлар чиқарадиган ёқимсиз хидни йўқ қилиш учун фильтрли нажас тўпловчи (калоприемник) ишлатиш, газ ҳосил бўлишига тўсқинлик қиладиган парҳезни (диетани), дезодорантларни қўллаш керак. Газлар ажралишини пиво, минерал сув, газланган ичимликлар, сут маҳсулотлари, янги сабзавотлар, пиёз, куруқ ловиялар оширади. Газ ишлаб чиқаришнинг кўпайиши билан, бу маҳсулотларни рациондан чиқариб ташлаш билан бирга, фаол равишда, кунига 3 маҳал 0,25-0,3 г миқдорда активланган кўмир буюрилади.

Нажас тўпловчиларнинг (калоприемник) турлари: Нажас тўпловчи (калоприемник) – илеостома ёки колостома ажратмаларини йиғиш учун воситадир.

Нажас тўпловчилар (калоприемниклар) ёпишқоқ бўлиб, бемор танасига ёпиштирилиб, белбоғ билан бириктирилади.

Ёпишқоқ калоприемниклар уч хил бўлади: битта компонентли, икки компонентли (шаффоф ёки ялтирамайдиган) ва мини-калоприемниклар.

Бундан ташқари, оқма ташқи туйнугини (стома) ёпиш учун қопқоқ ишлатилади.

Бир компонентли калоприемник унга бириктириб қўйилган ёпиштирувчи пластинка билан қопланган бўлиб, унинг ёрдамида терига ўрнатилади.

Икки компонентли калоприемник икки қисмдан иборат: халтача ва ёпишқоқ пластинка. Дастлаб терига “иккинчи тери” вазифасини бажарувчи пластинка ёпиштирилади, кейин унга халтача ўрнатилади.

Мини-калоприемник битта компонентли калоприемник каби тузилган бўлиб, лекин жуда кичик ўлчамли халтачаси бўлади.

Ўз-ўзидан ёпишадиган калоприемниклар бир марта ишлатилади.

Улар дренажланадиган ва дренажланмайдиган турларга бўлинади.

Дренажланадиган калоприемниклар тўлганда, халтанинг қуйи қисмидаги қулфлаш мосламасини ёпилади, кун давомида бир неча марта очиб бўшатилади.

Қулфлаш мосламаси орқали халта стомадан ечилмаган ҳолатда оқар сув ёки нокчадан фойдаланиб ювилади.

Дренажланадиган ўзи ёпишувчи калоприемник бир марталик бўлиб, 3-6 кунда алмаштирилади.

Дренажланмайдиган калоприемникни алмаштириш ичак ажратмаси билан етарли даражада тўлгандан сўнг кўп марта такрорланади.

Одатда урологик операциялар, шу жумладан қовуқдаги операциялардан кейин жароҳатга сийдик тушмаслиги учун сийдикни ҳайдаш мақсадида дренажлар ва катетерлар қолдирилади. Каравотга шиша ёки махсус қопчиқлар боғлаб қуйилиб, уларга дренажлардан ажралиб чиқадиган суоцқик йиғилади. Сийдик йиғиладиган қопчиқлар тиниц материалдан ишланади ва ички юзаси стерил бўлади. Бу ҳолда фақат сийдик характерини (қон, йиринг аралашгани) эмас, балки маълум вақт ичида ажратилган сийдик миқдорини ҳам аниқлаш мумкин. Шу мақсадлар учун шишалар ишлатиладиган булса, тиниц рангли шишани олиш керак, шишадаги сийдик ҳидини йўқотиш учун унга озроқ миқдорда дезодорант восита (калий перманганат ва б.) қуйиш мумкин.

Сийдик тутолмаслик кўпинча ахлат тутолмаслик билан бирга учрайди, бироқ алоҳида кузатилиши ҳам мумкин. Сийдик терини баттар таъсирлантиради, ёқимсиз ҳид пайдо қилишдан ташқари, яхлит эрозиялар пайдо бўлишига олиб келади. Сийдик тутолмасликда уни сийдик чиқарув каналининг ташқи тешигига боғлаб қўйилган дока салфеткаларга йиғилади. Бундан ташқари, қиз ва уғил болалар учун махсус сийдикдонлар бўлади. Сийдикдон кунига 4—5 марта бўшатилади, бадбўй ҳидли қаттиқ чўкмани эритиш учун калий перманганат эритмаси билан ювилади. Ахлати ёки сийдигини тутолмайдиган беморларни парвариш қиладиган тиббий ҳамшира, касб-кор кўникмаларидан ташқари, андишали ва одобли, болага меҳрибон бўлиши керак. Айниқса катта ёшдаги болалар ўз дардларидан қаттиқ изтироб чекадилар ва ҳар қандай танбехдан хафа бўладилар. Тиббий ходимнинг бурчи бундай беморларнинг кўнглини кўтариш, уларда соғайиб кетишга ишонч ҳосил қилиш ҳисобланади.

## ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА БУРУН БЎШЛИҚЛАРИ ПАРВАРИШИ

Оғиз шиллиқ пардасида ва тишларда ҳосил буладиган караш, шунингдек овқат қолдиқлари тиш чўткаси ёки стерил дока салфетка билан кечкурун ва эрталаб механик тозалаб турилади. Тиш чўткасини тиш оралиқларини овқат қолдиқларидан ва тишларнинг ўзини карашдан тозалаш учун тишлар ўқи буйлаб: юқори жағда — юқоридан пастга ва пастки жағда — пастдан юқорига томон юргизилади. Сўнгра тиш чўткасини илиқ тоза сув билан совунлаб ювилади, совун суртиб, кейинги гал фойдаланишга қадар қолдирилади. Қаттиқ овқатни чайнашда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши юз беради. Оғир ахволдаги беморларда бу жараён бузилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш - тиш чўткасидан фойдаланишда шиллиқ парда шикастланишининг олдини олиш, уни ишқалаш, ювиш ёки чайишдан иборат.

Тишлар ва тил 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, физиологик эритмага ҳўлланган дока ёки пахта пиликчали пинцет ёрдамида артилади. Ҳар бир тишни алоҳида-алоҳида, айниқса буйин қисми кунт билан артилади. Юқори жағ тишларни артиш учун лунж шиллиқ пардасида орқа жағ тишлар сатҳида жойлашган қулоқ олди безининг чиқарув йўлига инфекция тушишининг олдини олиш учун лунжни шпатель билан обдан тортиб туриш лозим. Оғир ахволдаги беморларда оғиз бўшлиғини ҳар гал овқатлангандан сўнг резина

баллон ёрдамида ювилади.

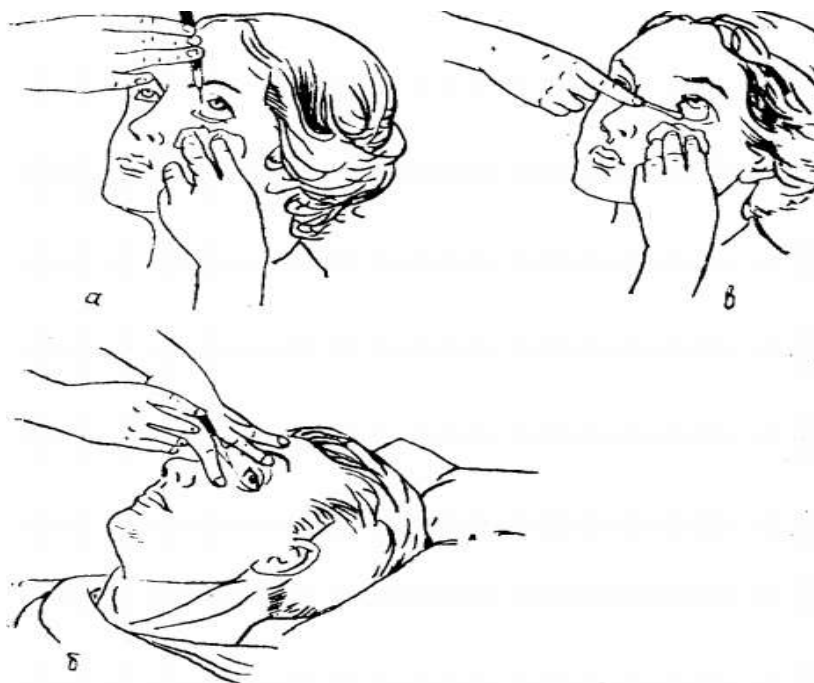
Бунинг учун оғизни артишда ишлатилган дори эритмаларидан фойдаланилади. Суюқликнинг нафас йўлларига тушиши учун беморни бошини бир оз энгаштириб ўтқизилади. Бўйни ва кўксини клеёнка фартук билан бекитилади, иягига эса буйраксимон тоғорача тутиб турилади. Оғиз бурчаги шпатель билан тортиб турилади ва ўртача босимдаги суюқлик оқими билан аввал лаб бурмаларини, сунгра эса оғиз бушлигининг ўзи ювилади.

Бурун бўшлиғи ажралмаларидан нафас олишни қийинлаштирадиган қатқалоқлар ҳосил булади. Уларни тозалаш учун; вазелин мойи суртилган дока пиликча киритилади ва 2—3 минут ўтгач қатқалоқлар айланма ҳаракатлар билан чиқарилади. Болада бурун йўллари пахта пиликча билан тозаланади.

### ОҒИР БЕМОРЛАРНИ КЎЗ ВА ҚУЛОҚЛАРИ ПАРВАРИШИ

Агар кўздаги ажралмалар киприк ва қовоқларни ёпиштирадиган бўлса, кўзни ювиш талаб этилади. Бунинг учун борат кислотанинг 2% ли эритмаси, физиологик эритма, совитилган қайнаган сув ишлатилади. Кўзни шиша идиш - пипетка, хўлланган стерил дока шиликча ёрдамида ювилади (8-расм).

Қулоқларни парвариш қилиш уларни илиқ сув билан совунлаб ювиш ва ташқи эшитув йулини қулоқ кири (олтингугуртли аралашма – сера) дан пахта пиликча ёрдамида эҳтиётлик билан тозалашдан иборат.



8-расм. Кўзни парвариш қилиш.

### ҚУСАЁТГАН БЕМОРГА ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Наркоздан кейинги даврда беморларда қусиш пайдо бўлиб, қусуқнинг нафас йўлларига тикилиб қолмаслиги чорасини куриш жуда муҳимдир. Қусиш белгилари пайдо бўлса, тиббий хамшира беморнинг бошини бир ёнга буради, хамшира олдиндан тайёрлаб қуйилган тоза сурп билан беморнинг оғиз бушлигини артиб олади ва дарҳол врачга маълум қилади.

### БЕМОРЛАР ТАНА ҲАРОРАТИНИ, ПУЛСИНИ ВА АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ЎЛЧАШ.

Ҳароратни кунига 2 марта: эрталаб соат 6 ва 7 орасида ва кечқурун соат 17 ва 18



орасида ўлчанади. Ҳарорат ўлчашдан олдин термометр ўлчагичи  $36^{\circ}\text{C}$  дан пастлигига ишонч ҳосил қилинади, ундан юқори бўлса, қўлни силташ йўли билан кўрсаткич туширилиб, сўнгра тана ҳарорати ўлчанади. Тана ҳарорати бемор танасининг қуйидаги қисмларида ўлчаниши мумкин: иккала қўлтиқ остидан; оғиз бўшлиғидан; орқа чиқарув тешигидан. Ҳарорат ўлчангандан сўнг термометр ювилади ва дезинфекция қилинади.

Орқа чиқарув тешигидан ҳарорат ўлчанганда муолажадан олдин термометрга мўл қилиб вазелин суртиб, сўнг киритиш лозим. Ҳарорат улчангандан сунг термометр ювилади ва дезинфекция қилинади. Олинган маълумотлар температура варақасига ёзиб қўйилади.

**Пульс частотасини аниқлаш.** Пульс — юрак қисқариши натижасида томирлар деворларининг турткисимон тебранишларидир. Пульс сонини билак артериясида аниқлаш учун текширувчи ўзининг 2—5 бармоқлари билан пастки қисмининг ички юзасига (артерия жойлашган жойга) қўяди ва уни билак суягига оҳиста босади, бош бармоғини текширилаётган одам қўли пастки юзасига қуяди. Ўнг қўлдаги пульсни чап қўл билан, чап қўлдагини ўнг қўл билан текширади. Одатда пульс 1 минут ёки 30 с мобайнида саналади, кейинги ҳолда натижа 2 га кўпайтирилади. Катта ёшдаги соғлом одамда тинч турганда пульс частотаси 1 мунутда 60—80 қисқаришлар атрофида бўлади. Янги туғилган болаларда пульс 1 мунутда частотаси 130—140 қисқаришлар атрофида бўлади. Турли хил касалликларда пульс частотаси ўзгариши мумкин.

### АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ЎЛЧАШ

Артериал босими улчаш 2 хил усулда амалга оширилади. Биринчи исули Рива-Роччи иккинчиси Коротков усули. Артериал босим асосан елка соҳасида аниқланади. Бунинг учун тонометрдан ва фонендоскопдан фойдаланилади. Тонометрнинг манжети елка соҳасига боғлаб фонендоскоп елка тирсакка қўйилади. Балонча билан ҳаво юборилади ва елка қисилади, кейин ҳавоси чиқарилади ва фонендоскоп билан эшитилади ва биринчи товуш систолик қон босими дейилади, охириги товуш диастолик қон босими дейилади. Соғлом одамда қон босими 120/80 мм. сим. уст. булади. Чақалоқларда систолик  $90 + 2 \times \text{II}$  Формула билан ҳисоблади диастолик босим еса  $60 + \text{II}$  формула билан ҳисобланади II- боланинг ёши. Масалан бола 4 ёшда  $90 + 2 \times 4 = 98$  бу систолик босим  $60 + 4 = 64$  Бу диастолик босим ҳисоблади. Боланинг ёшига қараб қон босими ҳам узгариб боради.

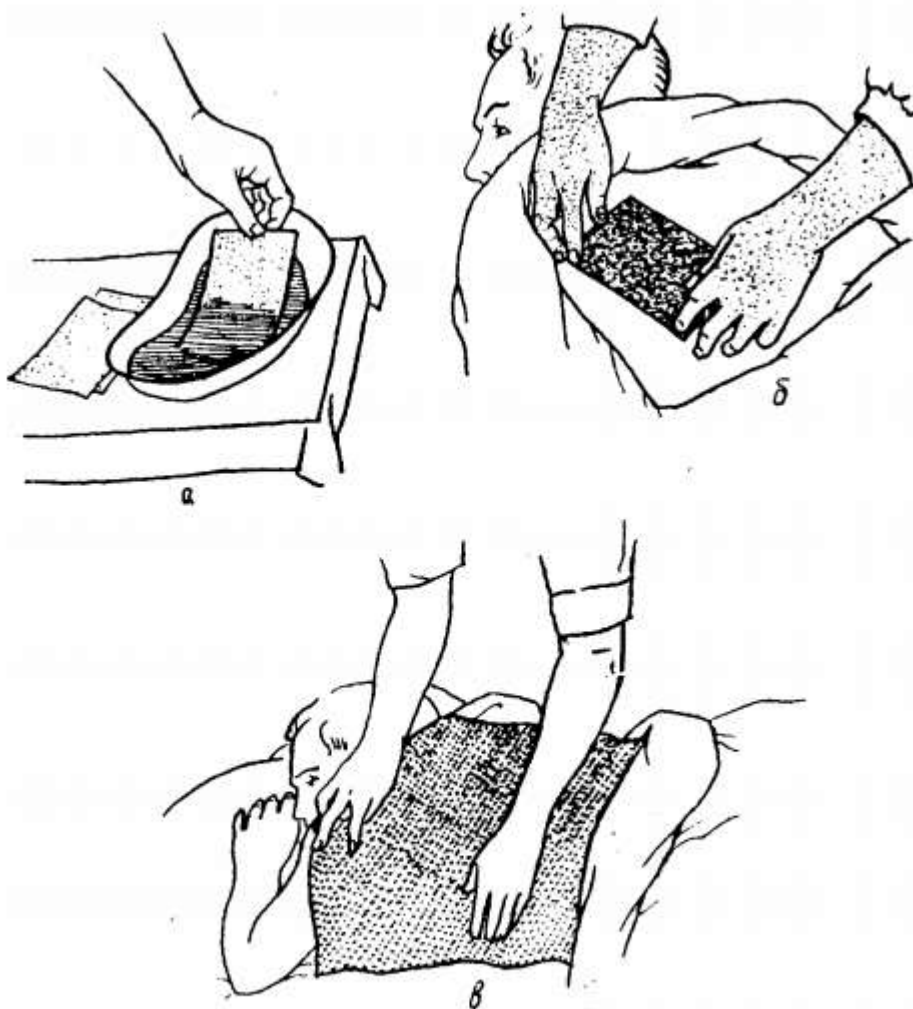
### ХАНТАЛ, КОМПРЕСС ВА ИСИТГИЧЛАР ҚЎЙИШ.

Иситувчи компресс даволаш мақсадида қўйиладиган боғламдир. Чалғитадиган, сўриб оладиган ва оғриқ қолдирадиган восита сифатида қўлланилади. Иситувчи компресс уч қаватдан: уй ҳароратидаги сувга ёки 5% ли этил спиртига тозалланган, сиқилган ва тоза ҳамда қуруқ терига босилган мато парчаси; матони тўла-тўқис бекитиб турадиган клеёнка ёки компресс қоғоз, клеёнкани бекитиб турадиган ва компресс остида ҳосил буладиган иссиқни сақлайдиган пахта қатламидан иборат. Пахта қатлами клеёнкадан, клеёнка эса мато парчасидан катта булиши керак. Бу қатламларнинг ҳаммаси танага зич ёпишиб турадиган, сурилмайдиган ва томирларни босмайдиган қилиб бинтлаб қўйилади. Иситувчи компресс 6—8 соатга қўйилади, сўнгра ечилади, терини қуруқ қилиб артилади ва иссиқ қуруқ боғлам қўйилади. Тери бутунлиги бузилганда ва ундаги касалликларда (йирингли касалликлар, фурункулёз) иситувчи компресс қўйилмайди.

Махаллий иссиқ компресс — қон оқиб келишига имкон беради ва оғриқ қолдирадиган таъсир курсатади. Бир неча қават қилиб букланган салфетка ёки докани  $50\text{—}60^{\circ}\text{C}$  ҳароратгача иситилган сувда хулланади, сиқилади ва танага босилади, устига клеёнка, сунгра жун мато қўйилади. Компрессии бинтлаш мумкин, бироқ уни 5—10 минут утгач алиштириш кераклигини унутмаслик лозим.

Ишлатишдан олдин горчичниклар илиқ сувда хулланади (иссиқ сув хантал ферментини парчалайди, натижада эфир хантал мойи ажралиши руй бермайди) ва қўйилади (11-расм, а, б, в), бунда улар ачиштиради ва кизаради. Агар қаттиқ ачиштиради ва оғриқ

пайдо қилса, горчичникларни олиб қуйиш лозим. Териси нозик болалар ва катталарга қуйиб қолишдан сақлаш учун горчичниклар юпка қоғоз қатлами устидан ёки тескари томони билан қуйилади. Улар олингандан кейин бадан терисини хул доқа салфетка, сунгра курук салфетка билан горчишник қолдиқларидан тозаланади, беморга бир оз вақтгача уринда ётиш тавсия этилади. Уларни орқа соҳасига шикастланмаган терига, умуртқа поғонасидан уннга ва чапга, кукрак қафасининг олдинги юзасига унғ томонига қуйилади. Туш - юрак, сут безлари ва умуртқа поғонаси соҳасига горчичниклар қуйиш мумкин эмас. Узок сақланганда горчичниклар уз кучини йукотади, шунинг учун улар тайёрланган вақтга ахамият бериш зарур. Яроқлилиқ муддати 8 ой.



**11-расм. Горчичник қўйиш.**

а — горчичникни намлаш; б — орқага горчичник қўйиш; в — горчичник қўйилган беморга қараш

### МАХАЛЛИЙ МУЗ ХАЛТА ҚЎЙИШ.

Совуқ компресс (примочка) уриб олиш, бурун қонаш холларида юрак уришида юрак соҳасига иситмада бошқа қуйилади. У томир торайтирувчи, оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Мато парчасини муздай сувда қўлланади, оз-моз сиқилади ва врач курсатган соҳага босилади. 2—3 минутдан кейин уни алиштирилади. Компресс алиштириш муолажасини 1 соат ва бундан купроқ вақт давом эттирилади.

Компресс урнига музли халтачадан фойдаланиш мумкин.

### БЕМОРЛАРГА ОВҚАТ ТАРҚАТИШ ВА ОВҚАТЛАНТИРИШ.

Асосий диеталар МФА Овқатланиш институти махсус клинникасида М. И. Певзнер бошчилигида илмий асосланган, системага солинган ва амалда ишлаб чиқилган. Буларнинг хаммаси мамлакатда ва кўпгина хорижий давлатларда эътироф этилган ва кенг тарқалган. Пархезлар чегараланиш даражасига кура таомларни танлаш ҳуқуқи булган пархезларга ва танлаш ҳуқуқи булмаган қатъий пархезларга булинади. Таомларни танлашга йўл қўйиладиган ва буюртма системаси амалга ошириладиган пархезларга 1, 2, 5, 9, 10 ва 15-пархезлар киради. Улар мувозанатлашган булади, шу туфайли улардан узоқ вақт фойдаланиб, организм эҳтиёжларини тўла-тўқис таъминлаш мумкин. Таомларни танлаш ҳуқуқи булмаган қатъий пархезларга 0,06, Ов, Ia, 1 в, 4, 5а, 5п, 8 ва пархезларнинг бошқа айрим турлари киради. Қатъий пархезлар купинча овқатланишнинг мувозанатлашмаган турларига киради, шунинг учун қисқа вақтга тайинланиши мумкин.

Диетотерапия бемор ҳолати динамикасига биноан қатъий пархездан аста-секин кенгайтирилган овқатланишга ўтиш асосида амалга ошириляпти. Битта пархезга жуда узоқ муддат амал қилишга камдан-кам ҳолларда рухсат этилади. Бу айниқса қатъий пархезларга тааллуқлидир. Пархез овқат, масалан, айрим овқат моддалари сингишининг ирсий бузилишларида (хазм органлари, буйрак касалликлари, қандли диабет, ёғ босишда) бирдан-бир ёки асосий усуллардан бири булиши мумкин. Бошқа ҳолларда пархез овқатлар билан даволаш касаллигининг асоратларига ва авж олишига йул қўймай даволашнинг ҳар хил турлари таъсирини кучайтиради.

Диетотерапия - овқатни шифо мақсадида қўлланишдир. У биринчи галда касал органи химиявий ва механик эҳтиётлаш, унинг функциясини тиклаш учун бир махсулотни иккинчи хили билан алиштириш ёки бемор организмга етишмай турган зарур овқат моддаларини киритишни уз олдига мақсад қилиб қўяди.

Белгиланган номенклатурага биноан 1 дан 15 рақам ларгача ифодаланган пархез овқатлар қўлланилади. Ҳар бир пархезнинг уз таърифи бор. Пархезлар миқдори муассаса, яъни беморларнинг асосий қатлами (контингенти) билан белгиланади. Ҳар бир касалхонада асосий пархез кунлар белгиланган. Умумий типдаги куп ихтисослашган касалхонада амалда МФА Овқатланиш институти ишлаб чиққан 15 та пархез қўлланилади. Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан касалхона муассасалари учун камида 4 марталик, айрим гуруҳлардаги беморлар учун (юрак, касаллигида, яра касаллигида) эса 5—6 марталик овқатланиш режими белгиланган. Кундузги рационни бир меъёрда тақсимлаш ва кечки овқатга калориялилиги юқори куп овқат

ҳажми қолишига йул қўймаслик зарур, одатда, Кечки соатларга суткалик рацион калориялилигининг купи билан 25—30 фоизи туғри келиши керак. Беморларни овқатлантириш вақти овқат миқдори ва даволаш муассасасининг режими билан белгиланади. Кундуз куни овқат ейиш уртасидаги танаффуслар 4 соатдан ошмаслиги, охириги кечки овқат ва эрталабки нонушта уртасидаги танаффус 10—11 соатдан ошмаслиги керак. Овқатни маълум соатлардагина мунтазам истеъмол қилиш беморларда вақтга нисбатан шартли рефлекс вужудга келтиради ва иштаҳанинг яхши булишига имкон беради. 2 марталик овқатлантиришда иккинчи нонушта 6 марталик овқатлантиришда эса тушликдан кейинги овқат киритилади.

Беморга узоқ вақтгача битта пархез столининг узини тайинлаш мумкин эмас, чунки қатъий белгиланган шифо овқат чегараланган, бинобарин, кам қимматли булади. Овқат хилини купайтириш учун овқат режимини узгартириб туриш, баъзан эса режимдан бир оз чекиниш ҳам мумкин. Айрим касалликларда енгиллаштирувчи деган ном олган кунлар тайинланади. Беморни туғри (рационал) овқатлантириш овқатнинг фақат сифат таркиби билан эмас, балки овқатланиш режими билан ҳам белгиланади. Бу тушунчага кун мобайнида неча марта овқат ейиш, улар

орасида физиологик ораликларни туғри сақлаш ва махсулотларнинг суткалик наборини туғри тақсимлаш киради. Овқатни ташкил қилиш ва назорат қилиш учун йирик касалхоналарда паргност билан шуғулланувчи врачлар, булимларда эса ҳамширалари булади, бу функциялар булимнинг катта тиббий ҳамширасига топширилиши мумкин. Тиббий ҳамшира беморларга ҳар куни порционник тузади, уни булимнинг катта ҳамширасига топширади, у эса уз навбатида парцезлар сонини жамлайди ва порционникни бош ошхонага йўллайди. Тунда касалхонага янги келган беморга порционникни қабулхона булимининг навбатчи ҳамшираси эрталаб топширади. Шу порционниклар асосида ошхонада овқат тайёрланади. Шифо овқатнинг вазифаси у ёки бу органнинг бузилган функциясини тиклашдан иборат. Касалхоналарда овқатланиш режими касаллик характери ва беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиб тузилади.

#### ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ ИШЛАРИНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАСИ

№	Мавзулар мазмуни
1	Болаларда ётоқ яраларни олдини олиш
2	Зонд орқали овқатлантириш
3	Хирургик беморларни текшириш усуллари
4	Хирургик беморларни операциядан сўнгги даврда парвариш қилиш қоидалари
5	Хирургик стомани парвариш қилиш
6	Болалар хирургияси бўлимида инфекциянинг олдини олиш
7	Операция қилинган болани овқатлантириш
	жами:

Мустақил ишини ташкил этишнинг шакли ва мазмуни:

- Аудитория машғулотларидан ташқари тренажер, муляж ва симуляцион залларида/марказларида тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш
- Тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- ахоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- Шунингдек талабанинг мустақил иши бўлиб:
- График органайзерлаш ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Кроссвордлар тузиш ва ечиш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг қўллаш ва ҳ.к.

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.



## ТЕМАТИКА ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

1. Общее понятие об хирургических больных.
2. Основные принципы ухода за хирургическими больными в пред-, и послеоперационном периоде.

### ЛЕКЦИЯ №1

#### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ ОБ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

##### **Правила приема хирургических больных.**

Пациенты, поступающие в стационар, проходят антропометрию. Она заключается в измерении параметров их тела. Медицинский персонал проводит взвешивание пациентов (желательно утром натощак после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки). Данное исследование имеет особое значение. С его помощью можно следить за динамикой патологического процесса. Прибавка массы тела может, например, указывать на нарастание отеков, а уменьшение на недостаточное питание, тяжесть инфекционно-воспалительного процесса и др. с помощью следующего антропометрического показателя, роста, зная массу тела, можно рассчитать индекс массы тела, идеальную массу тела и др. данные показатели важны при назначении сильнодействующих препаратов.

Следующим значением, изучаемым в приемном отделении, является окружность грудной клетки. Она отражает общее состояние подкожно-жировой ткани и мышечной системы.

*При поступлении больные подлежат санитарной обработке.* Полная санитарная обработка включает в себя мытье тела пациента в ванне или под душем, дезинфекцию и дезинсекцию нательного белья и верхней одежды, а также обработку помещения. Частичная – включает мытье тела и обработку белья. После этого пациентам положено выдавать белье, в котором они и поступают в отделение. В настоящее время это правило соблюдается не всегда, его придерживаются в основном в ведомственных и военных стационарах. Это связано с тем, что многие пациенты непосредственно перед поступлением принимали душ или мылись у себя дома.

Мытье тела поступающих больных осуществляется в ванне или под душем. Предварительно ванну обрабатывают 0,5% раствором хлорной извести или 1-2% раствором хлорамина. Затем ванну тщательно споласкивают горячей водой с мылом и наполняют. Температура воды в ванне должна составлять около 42 °С. Во избежание избыточного парообразования в ванну сначала наливают холодную воду, а затем горячую воду.

Пациентов погружают в воду, а при тяжелом состоянии сажают на табурет в ванну и обливают водой. Последовательность обработки частей тела: сначала моют голову, затем верхние конечности и грудную клетку, потом промежность, живот и поясницу, потом – нижние конечности.

После проведения санитарной обработки и антропометрии пациентов в сопровождении медицинского персонала переводят в смотровые кабинеты специалистов с последующим определением дальнейшей тактики их диагностики и лечения.

Врачи приемного отделения многопрофильной больницы проводят обследование пациентов с целью выявления у них патологии, нуждающейся в стационарном лечении. Однако обследование не подразумевает постановку точного топического диагноза, так как это излишне перегрузит приемный покой несвойственными ему функциями. Дальнейшие диагностические мероприятия следует выполнять уже в профильном отделении.

Врачи приемного отделения вместе со средним медицинским персоналом оформляют историю болезни (карту стационарного больного). Ее титульный лист включает фамилию, имя, отчество, возраст (и дату рождения), место жительства, работы пациента, телефоны или адреса ближайших родственников, содержит отметку о наличии инвалидности, лекарственных аллергиях, группе крови, сроке от начала заболевания (при экстренной

госпитализации). Вписываются диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении, клинический диагноз и дата его установления. Особо титульный лист отмечается при наличии в анамнезе у пациента вирусного гепатита, вещей, взятых у него и присутствии признаков педикулеза. Больной расписывается в том, что он ознакомлен с правилами распорядка в стационаре, и обязуется их не нарушать.

При осмотре врачами-специалистами приемного отделения в историю болезни вписывается полученная ими информация, делаются отметки о назначениях дополнительных методов обследования. Врачи должны соблюдать правила проведения обследования: вначале выполняются неинвазивные методы с последующим увеличением их сложности, тяжести и дороговизны. Минимально травматичные методы всегда должны предшествовать более травматичным. Всем поступающим в хирургический стационар должны выполняться: общий анализ крови, кровь на RW (MP), флюорография. Лицам старшей возрастной группы выполняется ЭКГ. Остальные исследования проводятся из конкретных показаний. Для этого в распоряжении врача приемного отделения имеется рентгенкабинет, кабинет УЗИ, эндоскопическое отделение, экстренная лаборатория и др. врач дежурного отделения по необходимости может приглашать на консультацию врачей-специалистов из отделений стационара.

Пациенты, поступающие в плановом порядке, должны быть обследованы в направивших их на стационарное лечение поликлиниках. Они приходят в приемное отделение, уже имея на руках результаты УЗИ, РВГ, R -графии и др.

Больным, находящимся в тяжелом состоянии, с нестабильными показателями гомеостаза, в приемном отделении проводится оказание первой медицинской помощи.

**Транспортировка хирургического больного**

При необходимости пациент из приемного отделения может быть сразу транспортирован в хирургическое или реанимационно-анестезиологическое отделение, либо в операционную.

Способ транспортировки больных определяется врачом и зависит от тяжести состояния больного и особенностей заболевания.

Больных, которые могут самостоятельно передвигаться, из приемного отделения в хирургическое отделение пешком сопровождает медсестра либо санитарка. Тяжелобольных транспортируют на каталке или кресле-каталке, чаще в положении лежа. Правильная транспортировка больных предупреждает развитие осложнений.

При переломах костей черепа транспортировку осуществляют на носилках в положении лежа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды.

При переломах позвоночника больного транспортируют на щите на спине, а на обычных носилках на животе. При закрытых повреждениях шейного отдела позвоночника обязательна иммобилизация головы и надплечий лестничными шинами и мягкой повязкой с большим количеством ваты вокруг шеи.

При переломах и вывихах верхних конечностей руку в транспортной шине укладывают на грудь и прибинтовывают или подкладывают под нее подушку.

При переломах нижних конечностей – под поврежденную конечность в шине подкладывают сложенное одеяло.

При переломе ребер пострадавшему придают полусидячее положение.

При переломах таза пострадавшего укладывают в положение «лягушки» - на спине, ноги согнуты в коленях и разведены, под колени подкладывают валик (подушку или свернутое одеяло).

При кровотечении из конечности, после наложения жгута и транспортной иммобилизации придают ей возвышенное положение и в таком положении транспортируют больного.

При ранениях грудной клетки пострадавшего транспортируют в полусидячем положении с подложенным под колени одеялом.

При ранениях живота и внутренних кровотечениях пострадавшего укладывают на спину с подложенным под ноги одеялом для расслабления мышц передней брюшной стенки, а при большой кровопотере – с опущенным головным концом.

Больных с ожогами укладывают по возможности на неповрежденную сторону. Обожженную поверхность укрывают стерильной марлей или простыней.

Больного в бессознательном состоянии транспортируют на животе с подложенными под лоб и грудь валиками или на боку для предупреждения аспирации при рвоте.

Медицинская этика и деонтология

**Медицинская этика** – это совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников.

**Деонтология** – это совокупность этических норм при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Таким образом, деонтология предусматривает нормы взаимоотношений с больными, а медицинская этика – более широких проблем: взаимоотношений с больными, медработниками между собой, родственниками больного, здоровыми людьми.

Эти два направления диалектически связаны между собой.

**Врач и больной.** Главная забота врача – улучшение здоровья больного человека. Тактика врача по отношению к больному, как правило, строго индивидуализирована. Она должна строиться в зависимости от тяжести состояния больного, с учетом его характера, культуры, образования.

Для одних людей, особенно молодых женщин, требуется ласковое, мягкое обращение, внимательность, необходимость сказать комплимент и т.д. для других, особенно мужчин, прошедших службу в армии, необходима суровая категоричность заключения, имеющего командный стиль. Третьим, с низким интеллектуальным уровнем, следует простыми, доступными словами объяснить, чем страдает больной, какую операцию необходимо выполнить. Самое главное – показать пациенту, что хирург лично заинтересован в его выздоровлении, знает, как помочь больному, и уверен в успехе лечения.

Во всех случаях больные нуждаются в утешении, однако врач обязан поставить в известность больного о серьезности его положения, развитии возможных осложнений. Исключение делается только для безнадежных больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Врач должен отмечать даже малейшие положительные изменения в состоянии больного, что имеет большое моральное значение.

Следует подчеркнуть, что на все инвазивные вмешательства необходимо письменное согласие пациента, которое фиксируется в истории болезни. При отсутствии росписи больного в истории болезни возможны юридические разбирательства в суде со стороны родственников больного.

**Врач и родственники больного.** Ближайшим родственникам больного (родственникам первой линии) врач обязан сообщить исчерпывающую информацию о характере заболевания, виде операции, возможных осложнениях, операционном риске. Ближайшими родственниками являются жена, дети и родители пациента. Всем другим родственникам и знакомым даются по их требованию самые общие сведения о состоянии больного. Следует строго соблюдать правило: согласие на операцию, имеющее юридическую силу, дает только больной. Только при бессознательном состоянии, недееспособности в результате психического заболевания, а также за детей, не достигших совершеннолетия, согласие на операцию дают ближайшие родственники. Врачу-хирургу всегда необходимо иметь контакт с ближайшими родственниками больного, что в случаях летального исхода позволяет избежать ненужных жалоб и кривотолков.

**Вопросы деонтологии в онкологии.** Врач-хирург с первых минут общения с больным раком должен убедить больного в возможности излечения. В настоящее время предметом дискуссии является необходимость информирования пациента о том, что он страдает раковым заболеванием. С юридической точки зрения, пациент имеет право на полную информацию о своем заболевании. В странах Западной Европы и Америке больному



обязательно сообщают о том, что он болен раком. Однако большинство пациентов с онкологическими заболеваниями страдает в психологическом плане от понимания возможности прогрессирования заболевания.

Поэтому многие хирурги склоняются к старому, проверенному многолетней практикой положению о необходимости скрывать истинный характер заболевания.

В медицинских справках диагноз пишется на латинском языке, для проведения химиотерапии пациенты госпитализируются в палаты общего профиля.

**Врачебная тайна.** В законе РФ «об оказании медицинской помощи населению» указано, что врач и другие медицинские работники не вправе разглашать, ставшие им известными в силу исполнения своих профессиональных обязанностей, сведения о болезни, семейной и интимной сторонах жизни пациента. Нельзя упоминать фамилию больного в научных трудах, демонстрировать фотографии больного, не маскируя его лица.

В тоже время врач обязан немедленно ставить в известность санитарные органы о случае инфекционных и венерических заболеваний, отравлении; следственные органы – об убийствах и травмах, огнестрельных и неогнестрельных ранениях. Врач обязан сообщать руководителям учреждений о заболеваниях персонала, при наличии которых заболевшие не имеют работать в данной отрасли (туберкулез и венерические заболевания у работников пищеблока, эпилепсия у водителя и т.д.).

**Взаимоотношения работников в медицинском учреждении.** Отношения между сотрудниками медицинских учреждений, должны соответствовать следующим принципам общечеловеческой (христианской) морали: честность, дружелюбие, взаимоуважение, подчинение более опытному и старшему коллеге и др. В лечебных учреждениях должна быть такая обстановка, которая максимально щадила бы психику больного и создавала атмосферу доверия к врачу. Недружелюбие и заносчивость руководителей, низкопоклонность и угодничество подчиненных исключают возможности анализа и исправления допущенных ошибок, ведут к снижению качества оказания медицинской помощи населению. С одной стороны, категорически нельзя обсуждать врачебные ошибки с пациентами и родственниками, с другой – честное и нелицеприятное обсуждение каждого летального исхода на врачебной конференции, способствуют профессиональному росту сотрудников отделения.

В хирургической клинике всегда должен присутствовать творческий процесс внедрения современных достижений науки в практику. Необходимо соблюдать принцип наставничества: более опытный хирург обучает молодого специалиста. Следующий основополагающий принцип – разумная ответственность в принятии решения: если диагноз остается неясным, то приглашается более опытный специалист. В то же время, если хирург не будет принимать самостоятельных решений, у него не останется пациентов. Взаимоотношения между высшим, средним и младшим медперсоналом должны строиться на взаимном доверии и уважении к друг другу. Однако не должно быть не малейшего панибратства, только строгий контроль по вертикали за выполнением решения.

**Врач и общество.** Один из самых сложных вопросов медицинской деонтологии – отношения медицинских работников и общества в целом. Необходимо создание при медицинских учреждениях попечительских советов, куда бы входили ответственные работники администрации населенного пункта, представители промышленных и крупных сельскохозяйственных предприятий, способных оказать материальную поддержку медицинскому учреждению. Со своей стороны, медицинское учреждение берет обязательство по лечению и обследованию работников предприятий.

Сложным является и вопрос защиты медицинских работников в случаях смерти больных. Не секрет, что если погибает человек в молодом или зрелом возрасте, родственники зачастую склонны винить хирурга. Средства массовой информации, нередко не проверив фактов, публикуют разгневанные письма читателей. Последние часто обращаются в юридические инстанции. Решить вопрос о виновности врача может только суд.

Для защиты врачей в настоящее время создаются ассоциации по специальностям (хирурги, терапевты, гинекологи и т.д.). Каждый врач – член ассоциации может надеяться не только на профессиональную поддержку врачей, но и на квалифицированную юридическую помощь. Необходимо помнить о корпоративной этике медицинских работников, о том, что в больнице работает единая команда из врачей всех специальностей и доброе имя лечебного учреждения складывается из добрых имен всех его работников.

### **Правила поведения медицинского персонала**

Среди общих правил поведения медицинского персонала можно выделить следующие:

- Медицинские работники должны быть опрятно одетыми;
- Волосы должны быть убраны под медицинскую шапочку;
- Ногти должны быть коротко подстриженными;
- Не следует допускать излишеств в косметике и украшениях;
- Следует ограничить применение парфюмерных средств, особенно с резким стойким запахом (помимо субъективных неприятных ощущений у больного может развиваться аллергическая реакция, приступ бронхиальной астмы и др.);
- Очень важно, чтобы медицинский работник следил за выражением своего лица, манерами разговора и поведения; доброжелательное и спокойное поведение оказывает положительное действие на психику больного и вселяет уверенность в успехе лечения;
- При уходе за раздражительным, легко вспыльчивым или, наоборот, не контактным, подавленным пациентом следует проявлять максимум терпения, постоянно акцентировать внимание больного на том, что делается все возможное для улучшения его состояния. При общении с подобными пациентами можно использовать известный прием многократного повторения информации, касающейся выздоровления пациента и обсуждения ее с разных точек зрения;
- Особые трудности возникают при общении с тяжелобольными и бесперспективными в плане выздоровления больными, которые могут стать безучастным к окружающей обстановке (неоперабельные или инкурабельные больные онкологического профиля, больные с выраженной патологией сердечно-сосудистой системы, обездвиженным в результате инсульта и др.). Общаться с такими пациентами лучше всего во время проведения мероприятий по уходу за ними, когда пациент чувствует заботу со стороны медицинского работника. При этом следует всячески способствовать улучшению настроения больного.

Медицинская сестра ни в коем случае не должна показывать историю болезни пациенту или каким-либо другим лицам, не имеющим отношения к лечебному процессу. Известно немало случаев, когда медицинский работник без разрешения лечащего врача сообщал больному или родственникам подробности его диагноза и это приводило к развитию чрезвычайно отрицательных, а иногда и трагических, последствий.

Существует понятие «врачебная тайна», которого никто не отменял и это положение относится не только к врачам, но и всем медицинским работникам, участвующим в лечебном процессе.

Медицинскому работнику ни в коем случае нельзя давать какие-либо сведения о пациенте по телефону, кем бы не представился звонящий.

### **Структура и оснащение хирургического отделения. Принципы размещения больных. Уборка помещений, обработка предметов ухода за больными. Госпитальная инфекция.**

**Отделения** являются базовыми подразделениями лечебно – профилактического учреждения и по своей деятельности делятся на два вида: *профильные* (гастрохирургическое, кардиохирургическое, сосудистое, торакальное, колопроктологическое, хирургической инфекции и др.) и *лечебно – диагностические* (физиотерапевтическое, рентгенологическое, катетерной хирургии /внутрисосудистых методов диагностики и лечения/, функциональной диагностики, лабораторное и др.). Отделения рассчитываются, как правило, на 60 коек (в отдельных случаях на 90-120 коек). В каждой отделении предусматривается 60% палат на 4 койки, 20% - на 2 и 20% на 1 койку.

**В состав хирургического отделения входят следующие помещения:**

- палаты для больных;
- перевязочная и манипуляционная;
- процедурный кабинет;
- смотровой кабинет;
- клизменная;
- помещение для хранения переносной аппаратуры;
- кабинет заведующего отделением;
- ординаторская;
- комната старшей медсестры;
- буфетная;
- помещение для хранения уборочного инвентаря.

Соотношение площади палат и вспомогательных помещений должно быть 1:1 или более в пользу вспомогательных помещений, что позволяет поддерживать надлежащий санитарный и противоэпидемический режим. Чаще хирургическое отделение спланировано таким образом, что по одну сторону широкого коридора (не менее 2,5 м) располагаются палаты, а в хорошо освещенном коридоре находятся сестринские посты. В современных стационарах, больницах предусмотрена столовая для больных, а в большинстве старых больниц столовая столовой служит коридор. Совершенно недопустимо как с точки зрения гигиены, так и с точки зрения этики принятие ходячими больными пищи в палате, сидя на кровати. В отделении обязательно должно быть санитарный узел (в современных стационарах он находится в каждой палате), ванная, буфетная, бельевая. В некоторых больницах предусмотрены для больных комната отдыха, веранды для прогулок.

*Самым важным местом больницы являются палата и койка больного.* Здесь сосредоточена жизнь больного в один из самых трудных ее периодов – болезни и операции. Именно в этот период больной особенно нуждается в покое и комфорте. Во многих больницах в связи с перегрузкой в палате и коридорах ставят дополнительные койки. На них больные должны лежать 1-2 дня, не более, обычно это вновь поступившие в экстренном порядке больные. Иногда создается необходимость вывести из общей палаты больного, не подлежащего изоляции, но мешающего окружающим (например, сильно кашляющего или храпящего), но этому должен предшествовать тактичный разговор с больным. Решение о выведении больного из палаты должно исходить от врача, и именно врач должен сам поставить о нем в известность больного. Чтобы создать больному, лежащему в коридоре, наиболее удобные условия, необходимо к койке приставить тумбочку и отгородить койку ширмой.

*Палаты* должны быть светлыми. Стены следует окрашивать светлой краской, позволяющей производить влажную уборку. Радиаторы также должны быть окрашены (еще лучше, когда они встроены в стену). Гигиеничнее всего для палат и коридоров полы, покрытые пластиком или линолеумом. В подсобных помещениях лучшим материалом для пола и стен является кафель. Вся мебель в отделении должна быть рациональной, отвечать, прежде всего, своему назначению; легкой, простой и удобной для мытья. Наилучший материал для больничной мебели и покрытий – современная синтетика, легкий гладкий металл или лакированное дерево. Ковры можно расстилать только в комнате отдыха и при условии ежедневной чистки их пылесосом. Немного растений в горшках может быть расставлено в коридорах и в комнате отдыха. Заметим, что современный интерьер лечебного учреждения ассоциируется с гладким блестящим полом, свободными светлыми стенами, окрашенными в теплые тона, и обилием света.

Койки в палате ставят так, чтобы к больному можно было подойти со всех сторон. Между койками располагают тумбочки (столики). В вечернее время палаты должны быть освещены матовым электрическим светом. Помимо общих светильников весьма желательны небольшие настольные лампы на каждой тумбочке. В ночное время персонал, входя в палату, включает специальный ночной свет. Лучше всего для этого подходят лампы темного (синего) стекла, вмонтированные в панель у входной двери с тем, чтобы освещать проход.

Следует учитывать, что ночью чувствительность обостряется, усиливаются тревожные ощущения, и даже небольшой отблеск может причинить больному беспокойство, нарушить его сон. Очень важным элементом палаты является сигнализация: от каждой койки на сестринский пост или в коридор проведен сигнал – звуковой (тихий зуммер) или световой (красная лампочка), по которому на зов больного тотчас же должен явиться персонал.

*Воздушная среда палаты* - температура, влажность, движение воздуха – важный элемент режима. Хорошая вентиляция – неперемное условие содержания палаты. В помещениях хирургических стационаров, больниц, построенных по современным типовым проектам, устраиваются кондиционирование воздуха и механическая приточно-вытяжная вентиляция. Подачу приточного воздуха следует осуществлять сверху вниз, причем расположение приточных и вытяжных отверстий должно быть таким, чтобы исключалась возможность образования в помещении неветилируемых мест. Подаваемый в помещения хирургического стационара приточный воздух необходимо подвергать обработке (механическая очистка на фильтрах, подогрев или охлаждение, увлажнение или подсушивание) и обеззараживанию. Бактериологическая очистка воздуха производится путем подачи его к фильтрам противобактерийной очистки. При отсутствии системы кондиционирования воздуха вентиляция обеспечивается систематическим проветриванием палат через большие фрамуги. Бытующее предубеждение больных против прохладного воздуха является необоснованным и требует проведения соответствующей санитарно-просветительной работы. В каждой палате установлен комнатный термометр, оптимальный температурный режим палаты - +21 +2 °С.

*Больничная койка* – самое главное место для больного, на ней он проводит большую часть времени, а тяжелобольной и оперированный – все время. Койка должна служить не только ложем для сна и отдыха, но и обеспечивать лежачим больным удобное положение для умывания, принятия пищи (лежа и полусидя), длительных вливаний, ингаляций, перевязок и других манипуляций. В большинстве современных отделений больничная койка – это металлическая кровать с пружинной сеткой и простой сеткой и простой формы спинками, никелированными или окрашенными светлой эмалевой или масляной краской. В отделении реанимации и интенсивной терапии, а в некоторых современных стационарах и в палатных отделениях, больничной койкой является функциональная кровать. Достоинства ее состоит в наличии широкого упругоэластичного ортопедического матраца, возможности подъема головного и ножного отделов кровати, регулировании кровати по высоте, присоединении к кровати стоек для капельниц и столиков, мобильности кровати, что дает возможность транспортировать больного без использования каталок. Кроме того, функциональные кровати оборудованы специальными ограничителями, не позволяющими больному упасть.

Каждая койка, в том числе и незанятая, должна иметь комплект белья: матрац, подушку, простыню, одеяло с пододеяльником и полотенце. На обращенной к проходу спинке кровати прикрепляют планшет, в который вставляют листок с указанием имени, отчества и фамилии больного, номера стола (диетического), даты смены белья и особых отметок, обращающих внимание дежурного персонала. В большинстве больниц на планшете помещается температурный лист. У кровати каждого больного стоит плевательница, а у лежачих больных под кроватью на низкой скамеечке находится индивидуальное судно с крышкой или утка.

*На прикроватной тумбочке* стоят стаканы и емкости с питьевой водой, а у тяжелобольных и оперированных – поильник, стакан с раствором для протирания рта, в тумбочке – принадлежности туалета (зубная щетка, мыло, паста, расческа, лосьон и т. д.), небольшой запас непортящихся продуктов и личные вещи (бумага, ручка, часы, книги). Часто больные стесняются соседей по палате и из-за этого не могут вовремя совершить физиологические отправления и т. п., плохо отдыхают, когда в палате светло. В таких случаях надо создать какое-то подобие уединенности с помощью шторы, ширмы. Эти простые меры часто способствуют комфорту, так же как и всевозможные приспособления для самообслуживания. Современное устройство палат в хирургическом и реанимационном отделениях включает централизованную подачу кислорода к каждой койке.

Важным элементом палатного отделения является правильное *оборудование санитарного узла*. В нем должны быть предусмотрены: приспособление для подмывания (биде); кушетка, на которой больным ставят клизмы (если это помещение не выделено, нужно отгородить кушетку ширмой); места для хранения клизм и наконечников, а также посуды, в которую собирают материал для анализов. Здесь должны находиться резиновые перчатки и фартуки для персонала. В туалете и ванной следует предусмотреть поручни для слабых больных. Дверь туалета обязательно должна открываться наружу, чтобы при необходимости тотчас прийти на помощь больному.

### **Перевязочная**

*Перевязочная – специально оборудованное помещение, в котором проводят перевязки и ревизию ран, а также различные процедуры в процессе их лечения.* В перевязочной могут быть проведены операции, относящиеся к области так называемой малой хирургии, - хирургическая обработка небольших ран, пункция плевральной и брюшной полостей. Если перевязочная предназначена для обработки гнойных ран, то в ней возможно выполнение вскрытия небольших поверхностно расположенных гнойников.

*Устройство перевязочной* зависит от специализации и профиля отделения, однако при ее организации должны соблюдаться основные общехирургические принципы: облицовка стен и пола керамической плиткой для удобства проведения влажной уборки помещения; достаточное естественное и искусственное освещение; минимум необходимой для работы мебели; хорошая вентиляция. Основной принцип работы перевязочной – строгое соблюдение правил асептики. Все, что приходит в контакт с раной, должно быть стерильным. Если в отделении нет возможности иметь отдельную перевязочную для больных с инфицированными и гнойными ранами, то в первую очередь перевязываются больные с «чистыми», неинфицированными ранами, с ранами, закрытыми швами, и только потом приступают к перевязке больных с гнойными ранами и кишечными свищами.

Ежедневная работа среднего медперсонала в перевязочной складывается из подготовки помещения, личных подготовительных мероприятий, выполнения манипуляций, уборки помещения.

Работа в перевязочной начинается за 1-1,5 ч. до начала перевязок. Прежде всего (возможно, накануне вечером) проводится стерилизация инструментов в сухожаровых шкафах и из стерилизационной доставляются в биксах автоклавированные стерильное белье и перевязочный материал. Перед тем, как накрыть в перевязочной стол для инструментов, проводят влажную уборку: мытье пола и протирание всех горизонтальных поверхностей с раствором антисептика. Работа в перевязочной проводится специально выделенной из среднего медперсонала отделением перевязочной медсестрой. Форма одежды при работе в перевязочной – хирургический костюм, шапочка, маска, чистый (нестерильный) операционный халат.

Закончив влажную уборку, перевязочная медсестра должна обработать руки по одному из способов, надеть стерильный халат и заняться подготовкой к работе стола для инструментов. Для этого стол накрывается стерильной простыней, сложенной в несколько слоев. Затем на стол из сухожарового шкафа, стерилизатора, биксов выкладывают инструментарий и часть перевязочного материала (марлевые шарики, малые салфетки). Инструментарий раскладывают на столе по группам: ножницы, зажимы, пинцеты, бужи и зонды, скальпели, лотки. Разложенный инструментарий закрывают сверху стерильной простыней. На отдельном столе устанавливают емкость с дезинфицирующим раствором, в который помещают пинцеты (2-3 шт.) и корнцанг, которыми сестра будет брать стерильные инструменты и перевязочный материал со стола.

*Для того чтобы не нарушались правила асептики во время перевязки*, медсестра для каждого больного должна брать с инструментального столика новый стерильный лоток и положить в него все, что потребуется для данной процедуры (заранее обговаривается с врачом): два пинцета, несколько разных зажимов, скальпель или ножницы, смоченные антисептиком марлевые шарики, салфетки. Лоток помещается около больного, и врач сам берет

необходимые для работы инструменты. Использованные во время перевязки инструменты складывают в нестерильный лоток и впоследствии – в контейнер с дезинфицирующим раствором для замачивания и последующих мытья и стерилизации. Использованный перевязочный материал помещается в специальный контейнер и в конце рабочего дня уничтожается по принятому в данном стационаре способу. Неиспользованные во время рабочего дня инструменты подвергаются повторной стерилизации.

В последние годы для хранения стерильного инструментария все более широкое применение получают камеры с постоянным ультрафиолетовым облучением типа «Ультралайт». По своей сути камера представляет собой закрытый со всех сторон инструментальный столик с откидывающейся верхней крышкой, в котором постоянно включен ультрафиолетовый излучатель, поддерживающий в камере абактериальную среду. Стерильные инструменты раскладываются в камере, как и на обычном столе. Во время рабочего дня сестра открывает крышку камеры и корнцангом собирает в стерильный лоток необходимые в данный момент инструменты. Преимуществом использования камеры является возможность поддержания стерильности инструментов на протяжении 7 суток даже при условии периодического открывания камеры и забора инструментов.

*После каждой перевязки необходимо протереть клеенку на поверхности операционного стола (кушетки) и застелить чистую простынь. После перевязки больных с обширными гнойно-некротическими процессами, кишечными свищами необходимо проводить влажную уборку перевязочной и кратковременное (30 мин. ) кварцевание. В конце рабочего дня проводится влажная уборка перевязочной дезинфицирующими растворами, мытье инструментов и закладка их в сухожаровой шкаф и стерилизатор, закладка белья и перевязочного материала в биксы с транспортировкой их в стерилизационную. На вечернее и ночное время в перевязочной включаются ультрафиолетовые облучатели (кварц).*

## **ЛЕКЦИЯ №2**

### **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В ПРЕД.,- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.**

**Понятие об уходе за хирургическими больными.** Хирургия является особой медицинской специальностью, использующей с целью лечения приемы механического воздействия на ткани организма или хирургическую операцию, что обуславливает ряд серьезных отличий в организации и осуществлении ухода за хирургическими больными.

Хирургическая операция - это сложная целенаправленная диагностическая или чаще всего лечебная акция, связанная с методическим разъединением тканей, направленным на доступ к патологическому очагу и на его ликвидацию с последующим восстановлением анатомических взаимоотношений органов и тканей.

Изменения, которые происходят в организме больных после оперативного вмешательства, чрезвычайно многообразны и включают в себя функциональные, биохимические и морфологические расстройства. Они вызваны рядом причин: голоданием до и после операции, нервным напряжением, операционной травмой, кровопотерей, охлаждением, особенно при брюшно-полостных операциях, изменением соотношения органов за счет удаления одного из них.

Конкретно это выражается потерей воды и минеральных солей, распадом белка. Развивается жажда, бессонница, боли в области раны, нарушение моторики кишечника и желудка, нарушение мочеиспускания и др.

Степень этих изменений зависит от сложности и объема хирургической операции, от исходного состояния здоровья больного, от возраста и др. Некоторые из них бывают легко выражены, в других же случаях представляются значительными.

Закономерные отклонения от нормальных физиологических процессов чаще всего представляют собой естественный ответ на операционную травму и частично не требуют устранения, так как система гомеостаза их самостоятельно нормализует.

Правильно организованный уход за больными подчас в хирургии послеоперационного периода остается единственно важным элементом, которого может быть вполне достаточно для полного и быстрого излечения больного.

Профессиональный уход за больными после операций предполагает знание, как закономерных изменений их общего состояния, местных процессов, так и возможного развития осложнений.

УХОД - это один из важных элементов в лечении больного, организуется на основании профессионального знания возможных изменений или осложнений у больных после операций и направлен на своевременное предупреждение и устранение их.

Объем ухода зависит от состояния больного, его возраста, характера заболевания, объема оперативного вмешательства, предписанного режима, возникающих осложнений.

Уход за больными - это помощь больному в его немоющем состоянии и важнейший элемент медицинской деятельности.

У тяжелых послеоперационных больных уход включает в себя помощь при удовлетворении им основных жизненных потребностей (еда, питье, движение, опорожнение кишечника, мочевого пузыря и пр.); проведение мероприятий личной гигиены (умывание, профилактика пролежней, смена белья и др.); помощь во время болезненных состояний (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).

К уходу относятся и ряд санитарно-эпидемиологических мероприятий, осуществляемых медицинским персоналом и направленных на поддержание должной чистоты в медицинском учреждении и предупреждение возникновения и распространения инфекционных (гнойно-септических) осложнений. К таким мероприятиям относятся регулярная уборка и проветривание помещений, санитарная обработка больных, их одежды, белья, предметов ухода, некоторые меры дезинфекции (дезинфекция - умерщвление патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (дезинсекция - уничтожение насекомых-паразитов).

В хирургической практике у больных, страдающих от боли, находящихся в страхе перед или после оперативного вмешательства, уход предполагает активную позицию со стороны персонала. Хирургические больные, особенно тяжелые послеоперационные больные, не просят о помощи. Любые мероприятия по уходу приносят им дополнительные болезненные неприятные ощущения, поэтому они негативно относятся к любым попыткам активизации двигательного режима, выполнению необходимых гигиенических процедур. В этих ситуациях персонал должен проявлять заботливую, терпеливую настойчивость.

Важным компонентом ухода за больными является создание максимального физического и психического покоя. Тишина в помещении, где находятся больные, спокойное, ровное, доброжелательное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, - вот некоторые основные принципы так называемого лечебно-охранительного режима медицинских учреждений, от которого во многом зависит эффективность лечения больных. Для хорошего исхода заболевания очень важно, чтобы больной находился в спокойном, физиологически удобном положении, в хороших гигиенических условиях, получал рациональное питание.

Способствует выздоровлению заботливое, теплое, внимательное отношение медицинского персонала.

## САНИТАРНАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ

В системе лечения и его организации важное место занимает предоперационный период. Это определенный отрезок времени необходимый для установления диагноза и приведения к витальным уровням жизненно важных функций органов и систем.

Предоперационная подготовка проводится с целью уменьшения риска операции, предотвращения возможных осложнений. Предоперационный период может быть очень коротким при производстве экстренных операций и относительно растянутым при производстве плановых операций.

Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования связанные с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов. При показаниях назначается медикаментозное лечение, направленное на улучшение деятельности различных систем, чтобы привести к определенной готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и проведения, в конечном итоге от организации предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

Плановые операции целесообразно отложить при менструации, даже при небольшом подъеме температуры, легкой простуде, появлении гнойничков на теле и т.д. Обязательна санация полости рта.

В обязанности младшего и среднего персонала входит санитарная подготовка больного. Обычно она начинается вечером накануне операции. Больному объясняют, что операции необходимо производить натощак. Вечером пациенты получают легкий ужин, а утром есть, пить нельзя.

Вечером при отсутствии противопоказаний всем больным ставят очистительную клизму. Затем больной принимает гигиеническую ванну или душ, ему меняют нательное и постельное белье. На ночь по назначению врача больному дают снотворные или седативные средства.

Утром непосредственно перед операцией широко сбривают волосы с будущего операционного поля и его окружности с учетом возможного расширения доступа. Перед бритьем кожу протирают дезинфицирующим раствором и дают ей подсохнуть, а после бритья протирают спиртом. Эти мероприятия нельзя производить заранее, так как возможно инфицирование полученных в процессе бритья ссадин и царапин. Несколько часов достаточно для превращения их в очаг инфекции с развитием впоследствии послеоперационных осложнений.

Утром больной умывается, чистит зубы. Зубные протезы вынимают, заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы надевают шапочку или косынку. Женщинам с длинными волосами заплетают косы.

После премедикации пациента доставляют в операционную обязательно на каталке в сопровождении медсестры, одетой в чистый халат, колпак и маску.

У больных, поступающих по экстренным показаниям, объем санитарной подготовки зависит от срочности необходимой операции и определяется дежурным врачом. Обязательными мероприятиями являются опорожнение желудка с помощью желудочного зонда и бритье волосяного покрова операционного поля.

## ГИГИЕНА ТЕЛА, БЕЛЬЯ, ВЫДЕЛЕНИЙ БОЛЬНОГО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Послеоперационный период - это отрезок времени после перенесенной операции, который связан с завершением раневого процесса - заживлением раны, и стабилизацией пониженных и пострадавших функций жизнеобеспечивающих органов и систем.

У больных в послеоперационном периоде различают активное, пассивное и вынужденное положение.

Активное положение свойственно больным со сравнительно легкими заболеваниями, либо в начальной стадии тяжелых заболеваний. Больной может самостоятельно изменить положение в кровати, садиться, вставать, ходить.

Пассивное положение наблюдается при бессознательном состоянии больного и, реже, в случае крайней слабости. Больной неподвижен, остается в положении, которое ему придали, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести. Тело сползает с подушек к нижнему концу кровати. Такие больные требуют особого наблюдения со стороны медперсонала. Необходимо время от времени менять положение тела или отдельных его частей, что является важным в деле профилактики осложнений - пролежней, гипостатической пневмонии и т.д.



Вынужденное положение больной принимает для прекращения или ослабления имеющихся у него болезненных ощущений (боль, кашель, одышка и др.).

Уход за больными с общим режимом после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением ими гигиенических мероприятий. Тяжелым больным с постельным режимом необходима активная помощь по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отправлениях.

В компетенцию медицинского персонала входит создание для больного функционально выгодного положения, способствующего выздоровлению и профилактике осложнений. Например, после операции на органах брюшной полости целесообразно положение с поднятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой операционной ране, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения могут быть использованы специальные подголовники, валики и т.д. Существуют функциональные кровати, состоящие из трех подвижных секций, которые позволяют с помощью ручек плавно и бесшумно придать больному удобное положение в постели. Ножки кровати снабжены колесиками для передвижения ее на другое место.

Важным элементом ухода за тяжелыми больными является профилактика пролежней.

Пролежень - это омертвление кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, развивающееся вследствие их длительного сдавления, нарушений местного кровообращения и нервной трофики. Пролежни обычно образуются у тяжелых, ослабленных больных, вынужденных длительное время находиться в горизонтальном положении: при положении на спине - в области крестца, лопаток, локтей, пяток, на затылке, при положении больного на боку - в области тазобедренного сустава, в проекции большого вертела бедренной кости.

Возникновению пролежней способствует плохой уход за больными: неопрятное содержание постели, и нательного белья, неровный матрац, крошки пищи в постели, длительное пребывание больного в одном положении.

При развитии пролежней вначале на коже появляется покраснение кожи, болезненность, затем слущивается эпидермис, иногда с образованием пузырей. Далее происходит омертвление кожи, распространяющееся вглубь и в стороны с обнажением мышц, сухожилий, надкостницы.

Для профилактики пролежней каждые 2 часа изменяют положение, поворачивая больного, при этом места возможного появления пролежней осматривают, протирают камфорным спиртом или другим дезинфицирующим средством, производят легкий массаж - поглаживание, похлопывание.

Очень важно, чтобы постель больного была опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, поверх сетки кладут матрац без бугров и впадин, а на него чистую простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Для больных, страдающих недержанием мочи, кала, при обильном отделяемом из ран необходимо подкладывать клеенку по всей ширине кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху постилают пленку, которую меняют по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Мокрое, загрязненное белье меняют немедленно.

Под крестец больного подкладывают резиновый надувной круг, покрытый пленкой, а под локти и пятки - ватно-марлевые круги. Более эффективно использование противопролежневого матраца, который состоит из множества надувных секций, давление воздуха в которых периодически волнообразно меняется, что также периодически волнообразно меняет давление на различные участки кожи, тем самым, производя массаж, улучшая кровообращение кожи. При появлении поверхностных поражений кожи производят их обработку 5% раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантового

зеленого. Лечение глубоких пролежней осуществляется по принципу лечения гнойных ран, по назначению врача.

Смена постельного и нательного белья производится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья производится дополнительно по мере необходимости.

В зависимости от состояния больного существует несколько способов смены постельного и нательного белья. Когда больному разрешают сидеть, его пересаживают с постели на стул, а младшая медсестра перестилает ему постель.

Смена простыни под тяжелым больным требует от персонала определенного навыка. Если больному разрешено поворачиваться на бок, нужно сначала осторожно приподнять его голову и убрать из-под нее подушку, а затем помочь больному повернуться на бок. На освободившейся половине кровати, находящейся со стороны спины больного, нужно скатать грязную простынь так, чтобы она в виде валика легла вдоль спины больного. На освободившееся место нужно положить чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ляжет рядом с валиком грязной простыни. Затем больному помогают лечь на спину и повернуться на другой бок, после чего он окажется лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирают грязную простынь и расправляют чистую.

Если больному совсем нельзя двигаться, можно сменить простыню другим способом. Начиная с нижнего конца кровати, скатывать грязную простыню под больного, приподнимая поочередно его голени, бедра и ягодицы. Валик грязной простыни будет находиться под поясницей больного. Скатанную в поперечном направлении чистую простыню кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу, также приподнимая нижние конечности и ягодицы больного. Валик чистой простыни окажется рядом с валиком грязной - под поясницей. Затем один из санитаров слегка приподнимает голову и грудь больного, а другой в это время убирает грязную простыню, а на ее место расправляет чистую.

Оба способа смены простыни при всей ловкости ухаживающих неизбежно причиняют много беспокойств больному, и поэтому иногда бывает целесообразнее положить больного на каталку и перестелить постель, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем.

При отсутствии каталки нужно вдвоем переложить больного на край кровати, затем расправить на освободившейся половине матрац и простыню, после чего переложить больного на убранную половину постели и то же самое проделать с другой стороны.

При смене нательного белья у тяжелых больных медсестре следует подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно подвести ее к голове, затем поднять обе руки больного и скатанную рубашку у шеи перевести через голову больного. После этого освобождают руки больного. Одевают больного в обратном порядке: вначале надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову, и, наконец, расправляют под больным. Для очень тяжелых больных имеются специальные рубашки (распашонки), которые легко надевать и снимать. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а только затем с больной. Одевают вначале больную руку, а потом - здоровую.

У тяжелых больных, которые длительное время находятся на постельном режиме, могут наступать разнообразные нарушения состояния кожных покровов: гнойничковая сыпь, шелушение, опрелости, изъязвления, пролежни и т.д.

Необходимо ежедневно протирать кожу больных дезинфицирующим раствором: камфорным спиртом, одеколоном, водкой, спиртом пополам с водой, столовым уксусом (1 столовая ложка на стакан с водой) и т.д. Для этого берут конец полотенца, смачивают дезраствором, слегка отжимают и начинают протирать за ушами, шею, спину, переднюю поверхность грудной клетки и в подмышечных впадинах. Следует обращать внимание на складки под

молочными железами, где у тучных женщин могут образоваться опрелости. Затем насухо вытирают кожу в том же порядке.

Больному, находящемуся на постельном режиме, необходимо мыть ноги два или три раза в неделю, поставив у ножного конца кровати тазик с теплой водой. При этом больной лежит на спине, младшая медсестра намыливает ему ноги, моет, вытирает, а затем подстригает ногти.

Тяжелые больные не могут самостоятельно чистить зубы, поэтому после каждого приема пищи медсестра должна обработать больному полость рта. Для этого она поочередно с каждой стороны изнутри отводит шпателем щеку больному и протирает зубы и язык с помощью пинцета марлевым шариком, смоченным 5% раствором борной кислоты, или 2% раствором натрия гидрокарбоната, или слабым раствором перманганата калия. После этого больной тщательно прополаскивает рот тем же раствором или просто теплой водой.

Если больной не в состоянии произвести полоскание, то ему следует произвести орошение полости рта с помощью кружки Эсмарха, резиновой груши или шприца Жане. Больному придают полусидячее положение, грудь накрывают клеенкой, к подбородку подносят почкообразный лоток для стекания промывной жидкости. Медсестра шпателем поочередно оттягивает правую, затем левую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта, отмывая при этом струей жидкости частицы пищи, зубной налет и т.д.

У тяжелых больных часто возникают воспалительные явления на слизистой оболочке рта - стоматиты, десен - гингивиты, языка - глосситы, что проявляется покраснением слизистой, слюнотечением, жжением, болью при приеме пищи, появлением язвочек и неприятного запаха изо рта. У таких пациентов лечебное орошение производится дезинфицирующими препаратами (2% раствор хлорамина, 0,1% раствор фурацилина, 2% раствор натрия гидрокарбоната, слабым раствором калия перманганата). Можно делать аппликации путем накладывания стерильных марлевых салфеток, смоченных в дезинфицирующем растворе или болеутоляющем средстве на 3-5 минут. Процедуру повторяют несколько раз в день.

При сухости губ и появлении трещин в углах рта не рекомендуется широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки. Для облегчения состояния больного применяют гигиеническую помаду, губы смазывают любым маслом (вазелиновым, сливочным, растительным).

Зубные протезы на ночь снимают, моют их с мылом, хранят в чистом стакане, утром снова промывают и надевают.

При появлении гнойных выделений, склеивающих ресницы, глаза промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. Движения тампона производят в направлении от наружного края к носу.

Для закапывания капель в глаз пользуются глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. Больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра оттягивает нижнее веко и, не касаясь ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см, закапывают 2-3 капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Глазные мази закладывают специальной стерильной стеклянной палочкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь и мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

При наличии выделений из носа их удаляют ватными турундами, вводя их в носовые ходы легкими вращательными движениями. При образовании корочек необходимо предварительно закапать в носовые ходы по несколько капель глицерина, вазелинового или растительного масла, через несколько минут корочки удаляют ватными турундами.

Серу, скапливающуюся в наружном слуховом проходе, следует осторожно удалять ватным тампоном, предварительно закапав 2 капли 3% раствора перекиси водорода. Чтобы закапать капли в ухо, голову больного нужно наклонить в противоположную сторону, а ушную раковину оттянуть назад и вверх. После закапывания капель больной должен оставаться в положении с наклоненной головой 1-2 минуты. Для удаления серы из ушей

нельзя пользоваться жесткими предметами из-за опасности повреждения барабанной перепонки, что может привести к снижению слуха.

Из-за своего малоподвижного состояния тяжелые больные требуют помощи в осуществлении своих физиологических отправлений.

В случае необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме, подают судно, а при мочеиспускании - мочеприемник.

Судно может быть металлическим с эмалевым покрытием или резиновым. Резиновое судно применяют для ослабленных больных, при наличии пролежней, при недержании кала и мочи. Не следует туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец значительное давление. Подавая судно в кровать, следует обязательно подложить под него клеенку. Перед подачей судно ополаскивают горячей водой. Больной сгибает ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного таким образом, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, прикрывает больного одеялом и оставляет его одного. После дефекации судно извлекают из-под больного, его содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой, а затем дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных следует подмыть, так как в противном случае в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Подмывание производят слабым раствором перманганата калия или другие дезинфицирующим раствором, температура которого должна быть 30-35° С. Для подмывания нужно иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики.

При подмывании женщина должна лежать на спине, согнув ноги в коленях и немного разводя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно.

В левую руку медсестра берет кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливает воду на наружные половые органы, а корнцангом с зажатым в него ватным тампоном производят движения от половых органов к заднему проходу, т.е. сверху вниз. После этого сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода в мочевого пузырь и на наружные половые органы.

Подмывание можно производить из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положение пациента на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывают судно. Ватой, зажатой в корнцанг, насухо протирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

## УХОД ЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНОЙ

Локальным результатом любой операции является рана, которая характеризуется тремя важнейшими признаками: зияние, боль, кровотечение.

Организм обладает совершенным механизмом, направленным на заживление раны, который получил название раневого процесса. Цель его в ликвидации дефекта тканей и купировании перечисленных симптомов.

Процесс этот является объективной реальностью и происходит самостоятельно, проходя в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса - воспаление - направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, инородных тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.п.

Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для любого воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции.

Постепенно эти симптомы стихают, и на смену первой приходит фаза регенерации, смысл которой заключается в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых

соединительнотканых элементов и краевой эпителизации. Третья фаза раневого процесса, реорганизации рубца, характеризуется его укреплением.

Исход при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной.

Процесс заживления раны абсолютно объективен, проходит самостоятельно и отработан до совершенства самой природой. Однако, существуют причины, которые препятствуют раневому процессу, тормозят нормальное заживление раны.

Наиболее частой и опасной причиной, осложняющей и замедляющей биологию раневого процесса, является развитие инфекции в ране. Именно в ране микроорганизмы находят самые благоприятные условия обитания с необходимой влажностью, комфортной температурой, обилием питательных продуктов. Клинически развитие инфекции в ране проявляется ее нагноением. Борьба с инфекцией требует значительного напряжения сил макроорганизма, времени, всегда рискованна в отношении генерализации инфекции, развития других тяжелых осложнений.

Инфицированию раны способствует ее зияние, так как рана открыта для попадания в нее микроорганизмов. С другой стороны, значительные дефекты тканей требуют больше пластических материалов и больше времени для их устранения, что также является одной из причин увеличения сроков заживления раны.

Таким образом, способствовать скорейшему заживлению раны можно путем предупреждения ее инфицирования и путем ликвидации зияния.

У большинства больных зияние устраняется во время операции восстановлением анатомических взаимоотношений путем послойного зашивания раны.

Уход за чистой раной в послеоперационном периоде сводится прежде всего к мероприятиям по предупреждению ее микробного загрязнения вторичной, госпитальной инфекцией, что достигается четким выполнением хорошо разработанных правил асептики.

Основным мероприятием, направленным на предупреждение контактной инфекции, является стерилизация всех предметов, которые могут соприкоснуться с поверхностью раны. Стерилизации подлежат инструменты, перевязочный материал, перчатки, белье, растворы и др.

Непосредственно в операционной после наложения швов на рану она обрабатывается раствором антисептика (йод, йодонат, йодопирон, бриллиантовый зеленый, спирт) и закрывается стерильной повязкой, которая плотно и надежно фиксируется путем бинтования или с помощью клея, лейкопластыря. Если в послеоперационном периоде повязка сбилась или промокла кровью, лимфой и т.п., нужно немедленно поставить в известность лечащего или дежурного врача, который после осмотра дает указание сменить повязку.

При любой перевязке (снятие ранее наложенной повязки, осмотр раны и лечебные манипуляции на ней, наложение новой повязки) раневая поверхность остается открытой и более или менее продолжительное время соприкасается с воздухом, а также с инструментами и другими предметами, используемыми при перевязках. Между тем, воздух перевязочных содержит значительно больше микробов, чем воздух операционных, а нередко и других помещений больницы. Связано это с тем, что в перевязочных постоянно циркулирует большое число людей: медперсонал, больные, студенты. Надевание маски при перевязках обязательно во избежание попадания на раневую поверхность капельной инфекции с брызгами слюны, с кашлем, дыханием.

После подавляющего большинства чистых операций рану зашивают наглухо. Изредка между краями зашитой раны или через отдельный прокол полость герметично зашитой раны дренируют силиконовой трубкой. Дренажное производится для удаления раневого секрета, остатков крови и скапливающейся лимфы с целью профилактики нагноения раны. Наиболее часто дренирование чистых ран выполняется после операций на молочной железе, когда происходит повреждение большого количества лимфатических сосудов или после операций по поводу обширных грыж, когда после удаления больших грыжевых мешков остаются карманы в подкожной клетчатке.

Различают пассивное дренирование, когда раневой экссудат поступает самотеком. При активном дренировании или активной аспирации удаление содержимого из полости раны производят с помощью различных приспособлений, создающих постоянное разрежение в пределах 0,1-0,15 атм. В качестве источника вакуума с одинаковой эффективностью используются резиновые баллоны с диаметром сферы не менее 8-10 см, промышленно изготавливаемые гофры, а также модифицированные аквариумные микрокомпрессоры марки МК.

Послеоперационный уход за больными при вакуум-терапии, как методе протекции неосложненного раневого процесса, сводится к контролю за наличием рабочего разрежения в системе, а также к контролю за характером и количеством раневого отделяемого.

В ближайшем послеоперационном периоде возможно подсосывание воздуха через кожные швы или негерметичные места соединения трубок с переходниками. При разгерметизации системы необходимо вновь создать в ней вакуум и устранить источник подсоса воздуха. Поэтому желательно, чтобы устройство для вакуум-терапии имело приспособление для контроля за наличием разрежения в системе. При использовании вакуума менее 0,1 атм система перестает функционировать в первые же сутки после операции, так как трубка обтурируется за счет сгущения раневого экссудата. При степени разрежения более 0,15 атм наблюдается закупоривание боковых отверстий дренажной трубки мягкими тканями с вовлечением их в просвет дренажа. Это оказывает повреждающее действие не только на клетчатку, но и на молодую развивающуюся соединительную ткань, вызывая ее кровоточивость и усиливая раневую экссудацию. Разрежение 0,15 атм позволяет эффективно аспирировать отделяемое из раны, и оказывать лечебное действие на окружающие ткани.

Содержимое сборников эвакуируют 1 раз в сутки, иногда чаще - по мере наполнения, количество жидкости измеряют и фиксируют.

Банки-сборники и все соединительные трубки подвергаются предстерилизационной очистке и дезинфекции. Их сначала промывают проточной водой, чтобы в их просвете не оставалось сгустков, затем на 2-3 часа помещают в 0,5% раствор синтетического моющего средства и 1% перекиси водорода, после чего снова промывают проточной водой и кипятят в течение 30 минут.

Если произошло нагноение операционной раны или операция первоначально выполнялась по поводу гнойного заболевания, то рану необходимо вести открытым способом, то есть края раны должны быть разведены, а полость раны дренирована с целью эвакуации гноя, и создания условий для очищения краев и дна раны от некротических тканей.

Работая в палатах для больных с гнойными ранами, необходимо придерживаться правил асептики не менее скрупулезно, чем в любом другом отделении. Более того, обеспечить асептичность всех манипуляций в гнойном отделении даже труднее, так как нужно думать не только о том, чтобы не загрязнить рану данного больного, но и том, как бы не перенести микробную флору от одного больного другому. "Суперинфекция", то есть внесение новых микробов в ослабленный организм, особенно опасна.

К сожалению, не все больные это понимают и нередко, особенно больные с хроническими нагноительными процессами, бывают неопытны, касаются гноя руками, а потом моют их плохо или вовсе не моют.

Необходимо внимательно следить за состоянием повязки, которая должна оставаться сухой и не загрязнять белье и мебель в палате. Повязки часто приходится подбинтовывать и менять.

Вторым важным признаком раны является боль, которая возникает вследствие органического поражения нервных окончаний и сама по себе вызывает функциональные нарушения в организме.

Интенсивность болей зависит от характера раны, ее размера и локализации. Больные различно воспринимают боль и индивидуально реагируют на нее.

Интенсивная боль может быть пусковым моментом коллапса и развития шока. Сильные боли обычно поглощают внимание больного, мешают спать ночью, ограничивают подвижность больного, в ряде случаев вызывают чувство страха смерти.

Борьба с болью является одной из необходимых задач послеоперационного периода. Кроме назначения медикаментозных препаратов с этой же целью используются элементы непосредственного воздействия на очаг поражения.

В течение первых 12 часов после операции на область раны кладут пузырь со льдом. Местное воздействие холода оказывает анальгезирующий эффект. Кроме того, холод вызывает сокращение сосудов кожи и подлежащих тканей, что способствует тромбообразованию и предупреждает развитие гематомы в ране.

Для приготовления “холода” в резиновый пузырь с винтовой крышкой наливают воду. Прежде, чем завинтить крышку, из пузыря надо вытеснить воздух. Затем пузырь помещают в морозильную камеру до полного замораживания. Пузырь со льдом нельзя класть прямо на повязку, под него следует подложить полотенце или салфетку.

Для уменьшения боли очень важно после операции придать пораженному органу или участку тела правильное положение, при котором добиваются максимального расслабления окружающих мышц и функционального комфорта для органов.

После операций на органах брюшной полости функционально выгодно положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что способствует расслаблению мышц брюшной стенки и обеспечивает покой операционной ране, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Оперированные конечности должны находиться в среднефизиологическом положении, которое характеризуется уравниванием действия мышц-антагонистов. Для верхней конечности таким положением является отведение плеча до угла  $60^\circ$  и сгибание до  $30-35^\circ$ ; угол между предплечьем и плечом должен составлять  $110^\circ$ . Для нижней конечности сгибание в коленном и тазобедренном суставах производится до угла  $140^\circ$ , а стопа должна находиться под прямым углом к голени. После операции конечность иммобилизируют в таком положении с помощью шин, лонгет или фиксирующей повязки.

Иммобилизация пораженного органа в послеоперационном периоде значительно облегчает самочувствие больного за счет снятия болевого синдрома, улучшается сон, расширяется общий двигательный режим.

При гнойных ранах в 1-ой фазе раневого процесса иммобилизация способствует отграничению инфекционного процесса. В фазе регенерации, когда воспаление стихает, и болевые ощущения в ране ослабевают, двигательный режим расширяют, что улучшает кровоснабжение раны, способствует скорейшему заживлению и восстановлению функции.

Борьба с кровотечением, третьим важным признаком раны, является серьезной задачей любой операции. Однако, если этот принцип по какой-то причине оказался нереализованным, то в ближайшие часы после операции наблюдается промокание повязки кровью или истечение крови по дренажам. Эти симптомы служат сигналом для немедленного осмотра хирурга и активных действий в плане ревизии раны с целью окончательной остановки кровотечения.

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

1. Особенности хирургических больных и роль врача при приёме хирургических больных.  
Уход и обработка больных в приёмном отделении.
2. Роль применение основ биоэтики и деонтологии при приёме хирургических больных.  
Смена постельного и нательного белья у тяжело больных.
3. Основы антисептики и асептики, значение санитарной обработки при приёме хирургических больных.  
Доставка больных в перевязочную, операционную и в палату.
4. Современные проблемы ятрогении и эвтанази в медицине.  
Санитарное состояние и содержание тумбочек.
5. Основные принципы консультации больных, пред-, и послеоперационная консультация. Взаимопонимания, взаимоотношения врача и больного.  
Омовения тяжелообольного.
6. Беседа врача о внутрибольничной инфекции, “правилах личной гигиены” с больными.  
Уход за кожей, слизистой и ногтями у тяжелообольных.
7. Беседа врача с больными о хирургической операции, разновидностях.  
Подача больным судна, мочеприемника, и их обработка.
8. Хирургические процедуры при ведении и лечение больных.  
Уход за больными при наличии кишечного или мочевого свища.
9. Значение беседа врача с больными о наркозе, видах наркоза, её осложнениях.  
Уход за полости рта и носовых пазух у тяжелообольных.
10. Значение предоперационной подготовки больного со стороны врача.  
Уход за глазами и ушами у тяжелообольных.
11. Роль и значение врача при депрессии, шоке, страхе, волнении и переживании у больного.  
Оказание помощи больному при рвоте.
12. Значение послеоперационного ухода больного со стороны врача.  
Измерение температуры тела, пульса и артериального давления у больных.
13. Беседа врача с больными об организации правильного питания в послеоперационном периоде.  
Накладывание горчичника, компресса и горелок больным.
14. Беседа с родными и близкими при ведении терминальных больных.  
Накладывание ледяного мешочка.
15. Профилактика пролежней, особенности смены постельного и нательного белья у больных.  
Раздача пищи и питание больных.
16. Этические основы консультации больных о ВИЧ (СПИД)е после хирургической манипуляции.  
Раздача пищи и питание больных.

### ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1

#### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ ОБ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

##### *1. Положение о хирургическом отделении и его планирование.*

Современное хирургическое отделение - это сложный лечебный комплекс обычная деятельность которого регламентируется соответствующими санитарно - гигиеническими нормами. Хирургические отделения рекомендуют размещать в отдельных помещениях



окнами на юг, юго-восток или юго-запад. Такая ориентация отделения создает условия для освещения палат естественным солнечным светом, с достаточной дозой ультрафиолетовых лучей, которые пагубно влияют на различные возбудители инфекционных заболеваний.

Основное требование в хирургическом отделении - его изоляция от других отделений больницы. Общехирургическое отделение районных и городских больниц состоит из приемного отделения, палат для больных (стационар), дополнительных помещений (столовая, манипуляционная, сестринская и др.) и операционно-перевязочного блока.



Приемное отделение.

Приемное отделение функционирует по типу санпропускника, где проводят первичную сортировку больных. Приемное отделение состоит из реестратуры, кабинета первичного осмотра больных, душевой, ванной комнаты, комнат для белья, туалета. В отдельных больницах при приемных отделениях создают 1-

2 диагностические палаты, а также изолятор для инфекционных больных. Осмотр больных проводят на кушетке, покрытой клеенкой, которую после осмотров каждого больного протирают салфетками, смоченными дезинфицирующими растворами. После осмотра больных, исследования ран и замены повязок персонал моет руки теплой проточной водой с мылом в течение 3 мин и обрабатывает руки растворами бактерицидных препаратов (0,1 % дезоксон -1,760 этиловый спирт, 0,5 % раствор хлоргексидина в 700 этиловом спирте, стерилиум и др.).



В приемном отделении больному проводят санитарную обработку (гигиенический душ, ванна), переодевают в больничную одежду (халат, белье, тапочки). При госпитализации ургентного больного проводят забор крови, мочи и других биологических жидкостей для анализа.

## СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Организация работы и функции приемного отделения.** Приемное отделение (приемный покой) предназначено для приема пациентов, доставленных в порядке скорой помощи, направленных из поликлиник и амбулаторий или обратившихся за помощью самостоятельно.

Приемное отделение выполняет следующие функции:

- круглосуточно проводит осмотр всех больных и пострадавших, доставленных или обратившихся в приемное отделение;
- устанавливает диагноз и оказывает высококвалифицированную лечебную и консультативную помощь всем нуждающимся в ней;
- производит обследование и в случае необходимости собирает консилиум из нескольких специалистов для уточнения диагноза;
- при неясном диагнозе обеспечивает динамическое наблюдение за больными;
- производит сортировку и госпитализацию в профильные или специализированные отделения стационара;
- переводит непрофильных больных и пострадавших после оказания им необходимой помощи в больницы и отделения по профилю заболевания или травмы или направляет на амбулаторное лечение по месту жительства;
- обеспечивает постоянную круглосуточную связь со всеми оперативными и дежурными службами города.

Приемное отделение включает зал ожидания, регистратуру, справочное бюро, смотровые кабинеты. Приемное отделение имеет тесные функциональные контакты с лабораториями, диагностическими подразделениями стационара, изоляторами, операционными, перевязочными и др.

**Требования к уборке:** Уборка помещений приемного отделения обязательно проводится не реже 2 раз в день влажным способом с применением моющих и дезсредств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Уборочный инвентарь должен быть промаркирован и использоваться по назначению. После использования его замачивают в дезинфицирующем растворе, прополаскивают в проточной воде, просушивают и хранят в специально отведенном помещении. Кушетки, клеенки, клеенчатые подушки после осмотра каждого пациента обрабатываются ветошью, смоченной раствором согласно действующей инструкции. Простыни на кушетке в смотровом кабинете меняются после каждого больного. В процедурном кабинете, перевязочной, а также в малой операционной влажная уборка проводится 2 раза в сутки с применением 6% раствора перекиси водорода и 0,5% раствором моющего средства или дезраствором. Каталки после использования обрабатываются дезраствором согласно действующей инструкции.

**Зал ожидания** предназначен для больных и сопровождающих их родственников. Здесь должно быть достаточное количество стульев, кресел, каталок (для транспортировки больных).

На стенах вывешивают сведения о работе лечебного отделения, часах беседы с лечащим врачом, перечень продуктов, разрешенных для передачи больным, телефон справочной службы больницы.

Здесь должны быть указаны дни и часы, в которые можно посещать больных.

#### **Кабинет дежурной медсестры.**

В нем производится регистрация поступающих больных и оформление необходимой документации.

Здесь должен быть письменный стол, стулья, бланки необходимых документов.

**Смотровой кабинет** предназначен для осмотра больных врачом и, кроме того, здесь же медсестра проводит больным термометрию, антропометрию, осмотр зева, а иногда и другие исследования (ЭКГ).

#### **Оснащение смотрового кабинета:**

- кушетка, покрытая клеенкой (на которой осматривают больных);
- ростомер;
- весы медицинские;
- термометры;
- тонометр;
- шпатели;
- раковина для мытья рук;
- письменный стол;
- стул;
- бланки историй болезни.

**Процедурный кабинет** предназначен для оказания неотложной помощи больным (шок, висцеральные колики и др.).

#### **Оснащение процедурного кабинета:**

- кушетка;
- стулья;
- медицинский шкаф, в котором находятся: противошоковая аптечка, одноразовые шприцы, одноразовые системы, противошоковые растворы, спазмолитики и другие лекарственные препараты;
- бикс со стерильным перевязочным материалом, стерильный пинцет в дезинфицирующем растворе (для работы с биксом);
- бикс со стерильными желудочными зондами, резиновыми мочевыми катетерами, наконечниками для клизм.

**Операционно-перевязочная** предназначена для проведения небольших операций:

- первичная хирургическая обработка случайной раны,
- вправление вывиха,

- репозиция несложных переломов и их иммобилизация,
- вскрытие небольших гнойников и др.

**Санпропускник, его задачи входит:**

- проведение санитарной обработки больных и пострадавших;
- принятие одежды и других вещей больных, опись одежды и вещей и передача на хранение;
- выдача больничной одежды.

Для обработки тяжелобольных и пострадавших предусматривается ванная с переносными душевыми мойками.

Санпропускник должен иметь соответствующий набор туалетов, моек, душевых залов, предусматриваемых санитарными нормативами с учетом возможности массового поступления пострадавших.

Для умерших в приемном отделении должна быть выделена комната с отдельным входом, где предусматривается хранение на короткое время (до утра) одновременно нескольких трупов.

**Обязанности медицинской сестры приемного отделения:**

1. оформление медицинской карты на каждого госпитализируемого больного (заполнение титульного листа, указание точного времени поступления пациента, диагноза направившего лечебного учреждения);
2. осмотр кожных покровов и волосистых частей тела для выявления педикулеза, измерение температуры тела;
3. выполнение назначений врача.

**Обязанности врача приемного отделения:**

1. осмотр больного, определение срочности выполнения хирургического вмешательства, необходимого объема дополнительных исследований;
2. заполнение истории болезни, постановка предварительного диагноза;
3. определение необходимости выполнения санитарно-гигиенической обработки;
4. госпитализация в профильное отделение с обязательным указанием вида транспортировки;
5. при отсутствии показаний к госпитализации оказание необходимого минимума амбулаторной медицинской помощи.

**Правила приема хирургических больных.** Пациенты, поступающие в стационар, проходят антропометрию. Она заключается в измерении параметров их тела. Медицинский персонал проводит взвешивание пациентов (желательно утром натощак после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки). Данное исследование имеет особое значение. С его помощью можно следить за динамикой патологического процесса. Прибавка массы тела может, например, указывать на нарастание отеков, а уменьшение на недостаточное питание, тяжесть инфекционно-воспалительного процесса и др. с помощью следующего антропометрического показателя, роста, зная массу тела, можно рассчитать индекс массы тела, идеальную массу тела и др. данные показатели важны при назначении сильнодействующих препаратов. Следующим значением, изучаемым в приемном отделении, является окружность грудной клетки. Она отражает общее состояние подкожно-жировой ткани и мышечной системы.

**При поступлении больные подлежат санитарной обработке.** Полная санитарная обработка включает в себя мытье тела пациента в ванне или под душем, дезинфекцию и дезинсекцию нательного белья и верхней одежды, а также обработку помещения.

Частичная – включает мытье тела и обработку белья. После этого пациентам положено выдавать белье, в котором они и поступают в отделение. В настоящее время это правило соблюдается не всегда, его придерживаются в основном в ведомственных и военных стационарах. Это связано с тем, что многие пациенты непосредственно перед поступлением принимали душ или мылись у себя дома.

Мытье тела поступающих больных осуществляется в ванне или под душем. Предварительно ванну обрабатывают 0,5% раствором хлорной извести или 1-2% раствором хлорамина. Затем ванну тщательно споласкивают горячей водой с мылом и наполняют. Температура воды в ванне должна составлять около 42 °С.

Во избежание избыточного парообразования в ванну сначала наливают холодную воду, а затем горячую воду. Пациентов погружают в воду, а при тяжелом состоянии сажают на табурет в ванну и обливают водой.

Последовательность обработки частей тела:

- моют голову,
- верхние конечности и грудную клетку,
- промежность, живот и поясницу,
- нижние конечности.

После проведения санитарной обработки и антропометрии пациентов в сопровождении медицинского персонала переводят в смотровые кабинеты специалистов с последующим определением дальнейшей тактики их диагностики и лечения.

Врачи приемного отделения вместе со средним медицинским персоналом оформляют историю болезни (карту стационарного больного). Ее титульный лист включает:

- фамилию, имя, отчество,
- возраст (и дату рождения),
- место жительства,
- работы пациента,
- телефоны или адреса ближайших родственников,
- отметку о наличии инвалидности, лекарственных аллергиях, группе крови, сроке от начала заболевания (при экстренной госпитализации).
- вписываются диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении, клинический диагноз и дата его установления.

Особо титульный лист отмечается при наличии в анамнезе у пациента вирусного гепатита, вещей, взятых у него и присутствии признаков педикулеза.

Больной расписывается в том, что он ознакомлен с правилами распорядка в стационаре, и обязуется их не нарушать.

При осмотре врачами-специалистами приемного отделения в историю болезни вписывается полученная ими информация, делаются отметки о назначениях дополнительных методов обследования.

Врачи должны соблюдать правила проведения обследования: вначале выполняются неинвазивные методы с последующим увеличением их сложности, тяжести и дороговизны. Минимально травматичные методы всегда должны предшествовать более травматичным.

Всем поступающим в хирургический стационар должны выполняться:

- общий анализ крови,
- кровь на RW (MP),
- флюорография.
- лицам старшей возрастной группы выполняется ЭКГ.

Остальные исследования проводятся из конкретных показаний. Для этого в распоряжении врача приемного отделения имеется:

- рентгенкабинет,
- кабинет УЗИ,
- эндоскопическое отделение,
- экстренная лаборатория и др.

Врач дежурного отделения по необходимости может приглашать на консультацию врачей-специалистов из отделений стационара.

Пациенты, поступающие в плановом порядке, должны быть обследованы в направивших их на стационарное лечение поликлиниках. Они приходят в приемное отделение, уже имея на руках результаты УЗИ, РВГ, R-графии и др.

Больным, находящимся в тяжелом состоянии, с нестабильными показателями гомеостаза, в приемном отделении проводится оказание первой медицинской помощи.

**Транспортировка хирургического больного.** При необходимости пациент из приемного отделения может быть сразу транспортирован в хирургическое или реанимационно-

анестезиологическое отделение, либо в операционную.

Способ транспортировки больных определяется врачом и зависит от тяжести состояния больного и особенностей заболевания.

Больных, которые могут самостоятельно передвигаться, из приемного отделения в хирургическое отделение пешком сопровождает медсестра либо санитарка. Тяжелобольных транспортируют на каталке или кресле-каталке, чаще в положении лежа.

Правильная транспортировка больных предупреждает развитие осложнений. В связи с этим различают следующие **способы транспортировки хирургических больных**:

1. При переломах костей черепа транспортировку осуществляют на носилках в положении лежа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды.

2. При переломах позвоночника больного транспортируют на щите на спине, а на обычных носилках на животе. При закрытых повреждениях шейного отдела позвоночника обязательна иммобилизация головы и надплечий лестничными шинами и мягкой повязкой с большим количеством ваты вокруг шеи.

3. При переломах и вывихах верхних конечностей руку в транспортной шине укладывают на грудь и прибинтовывают или подкладывают под нее подушку.

4. При переломах нижних конечностей – под поврежденную конечность в шине подкладывают сложенное одеяло.

5. При переломе ребер пострадавшему придают полусидячее положение.

6. При переломах таза пострадавшего укладывают в положение «лягушки» - на спине, ноги согнуты в коленях и разведены, под колени подкладывают валик (подушку или свернутое одеяло).

7. При кровотечении из конечности, после наложения жгута и транспортной иммобилизации придают ей возвышенное положение и в таком положении транспортируют больного.

8. При ранениях грудной клетки пострадавшего транспортируют в полусидячем положении с подложенным под колени одеялом.

9. При ранениях живота и внутренних кровотечениях пострадавшего укладывают на спину с подложенным под ноги одеялом для расслабления мышц передней брюшной стенки, а при большой кровопотере – с опущенным головным концом.

10. Больных с ожогами укладывают по возможности на неповрежденную сторону. Обожженную поверхность укрывают стерильной марлей или простыней.

11. Больного в бессознательном состоянии транспортируют на животе с подложенными под лоб и грудь валиками или на боку для предупреждения аспирации при рвоте.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №2**

### **МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ**

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА** – это совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников.

**ДЕОНТОЛОГИЯ** – это совокупность этических норм при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

**Врач и больной.** Главная забота врача – улучшение здоровья больного человека. Тактика врача по отношению к больному, как правило, строго индивидуализирована. Она должна строиться в зависимости от тяжести состояния больного, с учетом его характера, культуры, образования. Для одних людей, особенно молодых женщин, требуется ласковое, мягкое обращение, внимательность, необходимость сказать комплимент и т.д. для других, особенно мужчин, прошедших службу в армии, необходима суровая категоричность заключения, имеющего командный стиль. Третьим, с низким интеллектуальным уровнем, следует простыми, доступными словами объяснить, чем страдает больной, какую операцию необходимо выполнить. Самое главное – показать пациенту, что хирург лично заинтересован в его выздоровлении, знает, как помочь больному, и уверен в успехе лечения. Во всех

случаях больные нуждаются в утешении, однако врач обязан поставить в известность больного о серьезности его положения, развитии возможных осложнений. Исключение делается только для безнадежных больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Врач должен отмечать даже малейшие положительные изменения в состоянии больного, что имеет большое моральное значение. Следует подчеркнуть, что на все инвазивные вмешательства необходимо письменное согласие пациента, которое фиксируется в истории болезни. При отсутствии росписи больного в истории болезни возможны юридические разбирательства в суде со стороны родственников больного.

**Врач и родственники больного.** Ближайшим родственникам больного (родственникам первой линии) врач обязан сообщить исчерпывающую информацию о характере заболевания, виде операции, возможных осложнениях, операционном риске.

**Ближайшими родственниками являются:**

- жена,
- дети и
- родители пациента.

Всем другим родственникам и знакомым даются по их требованию самые общие сведения о состоянии больного.

Следует строго соблюдать правило: согласие на операцию, имеющее юридическую силу, дает только больной. Только при бессознательном состоянии, недееспособности в результате психического заболевания, а также за детей, не достигших совершеннолетия, согласие на операцию дают ближайшие родственники. Врачу-хирургу всегда необходимо иметь контакт с ближайшими родственниками больного, что в случаях летального исхода позволяет избежать ненужных жалоб и кривотолков.

**Вопросы деонтологии в онкологии.** Врач-хирург с первых минут общения с больным раком должен убедить больного в возможности излечения. В настоящее время предметом дискуссии является необходимость информирования пациента о том, что он страдает раковым заболеванием. С юридической точки зрения, пациент имеет право на полную информацию о своем заболевании. В странах Западной Европы и Америке больному обязательно сообщают о том, что он болен раком. Однако большинство пациентов с онкологическими заболеваниями страдает в психологическом плане от понимания возможности прогрессирования заболевания. Поэтому многие хирурги склоняются к старому, проверенному многолетней практикой положению о необходимости скрывать истинный характер заболевания. В медицинских справках диагноз пишется на латинском языке, для проведения химиотерапии пациенты госпитализируются в палаты общего профиля.

**Врачебная тайна.** Врач и другие медицинские работники не вправе разглашать, ставшие им известными в силу исполнения своих профессиональных обязанностей, сведения о болезни, семейной и интимной сторонах жизни пациента.

Нельзя упоминать фамилию больного в научных трудах, демонстрировать фотографии больного, не маскируя его лица.

В тоже время врач обязан немедленно ставить в известность санитарные органы о случае инфекционных и венерических заболеваний, отравлении; следственные органы - об убийствах и травмах, огнестрельных и неогнестрельных ранениях.

Врач обязан сообщать руководителям учреждений о заболеваниях персонала, при наличии которых заболевшие не имеют работать в данной отрасли (туберкулез и венерические заболевания у работников пищеблока, эпилепсия у водителя и т.д.).

**Взаимоотношения работников в медицинском учреждении.** Отношения между сотрудниками медицинских учреждений, должны соответствовать следующим принципам общечеловеческой морали:

- честность,
- дружелюбие,
- взаимоуважение, подчинение более опытному и старшему коллеге и др.

В лечебных учреждениях должна быть такая обстановка, которая максимально щадила бы психику больного и создавала атмосферу доверия к врачу. Недружелюбие и заносчивость руководителей, низкопоклонность и угодничество подчиненных исключают возможности анализа и исправления допущенных ошибок, ведут к снижению качества оказания медицинской помощи населению. С одной стороны, категорически нельзя обсуждать врачебные ошибки с пациентами и родственниками, с другой – честное и нелицеприятное обсуждение каждого летального исхода на врачебной конференции, способствуют профессиональному росту сотрудников отделения.

В хирургической клинике всегда должен присутствовать творческий процесс внедрения современных достижений науки в практику. Необходимо соблюдать принцип наставничества: более опытный хирург обучает молодого специалиста. Следующий основополагающий принцип – разумная ответственность в принятии решения: если диагноз остается неясным, то приглашается более опытный специалист. В то же время, если хирург не будет принимать самостоятельных решений, у него не останется пациентов. Взаимоотношения между высшим, средним и младшим медперсоналом должны строиться на взаимном доверии и уважении к друг другу. Однако не должно быть не малейшего панибратства, только строгий контроль по вертикали за выполнением решения.

**Врач и общество.** Один из самых сложных вопросов медицинской деонтологии – отношения медицинских работников и общества в целом.

Необходимо создание при медицинских учреждениях попечительских советов, куда бы входили ответственные работники администрации населенного пункта, представители промышленных и крупных сельскохозяйственных предприятий, способных оказать материальную поддержку медицинскому учреждению. Со своей стороны, медицинское учреждение берет обязательство по лечению и обследованию работников предприятий.

Необходимо помнить о корпоративной этике медицинских работников, о том, что в больнице работает единая команда из врачей всех специальностей и доброе имя лечебного учреждения складывается из добрых имен всех его работников.

#### **Правила поведения медицинского персонала.**

Среди общих правил поведения медицинского персонала можно выделить следующие:

1. Медицинские работники должны быть опрятно одетыми;
2. Волосы должны быть убраны под медицинскую шапочку;
3. Ногти должны быть коротко подстриженными;
4. Не следует допускать излишеств в косметике и украшениях;
5. Следует ограничить применение парфюмерных средств, особенно с резким стойким запахом (помимо субъективных неприятных ощущений у больного может развиваться аллергическая реакция, приступ бронхиальной астмы и др.);
6. Очень важно, чтобы медицинский работник следил за выражением своего лица, манерами разговора и поведения; доброжелательное и спокойное поведение оказывает положительное действие на психику больного и вселяет уверенность в успехе лечения;
7. При уходе за раздражительным, легко вспыльчивым или, наоборот, не контактным, подавленным пациентом следует проявлять максимум терпения, постоянно акцентировать внимание больного на том, что делается все возможное для улучшения его состояния. При общении с подобными пациентами можно использовать известный прием многократного повторения информации, касающейся выздоровления пациента и обсуждения ее с разных точек зрения;

Особые трудности возникают при общении с тяжелобольными и бесперспективными в плане выздоровления больными, которые могут стать безучастным к окружающей обстановке (неоперабельные или инкурабельные больные онкологического профиля, больные с выраженной патологией сердечно-сосудистой системы, обездвиженным в результате инсульта и др.). Общаться с такими пациентами лучше всего во время проведения мероприятий по уходу за ними, когда пациент чувствует заботу со стороны медицинского работника. При этом следует всячески способствовать улучшению настроения больного.

Медицинская сестра ни в коем случае не должна показывать историю болезни пациенту или каким-либо другим лицам, не имеющим отношения к лечебному процессу. Известно немало случаев, когда медицинский работник без разрешения лечащего врача сообщал больному или родственникам подробности его диагноза и это приводило к развитию чрезвычайно отрицательных, а иногда и трагических, последствий.

Существует понятие **«врачебная тайна»**, которого никто не отменял и это положение относится не только к врачам, но и всем медицинским работникам, участвующим в лечебном процессе.

Медицинскому работнику ни в коем случае нельзя давать какие-либо сведения о пациенте по телефону, кем бы не представился звонящий.



Важной и технически сложной является замена нательного и постельного белья у тяжелобольного. Чаще это делают молодые медсестры. Нательное белье, в частности рубашку, на лежащем больном меняют так. Сначала сворачивают ее на спине, а затем и спереди, до уровня лопаток и подмышечных областей. После этого поднимают голову больного, перетягивают рубашку через нее, освободив сначала туловище, и только после этого снимают с рук по очереди. Если рубашка просторная, то ее после поднятие туловища можно снять сначала отдельно с каждой руки, а затем, после поднятия головы

больного, перевести через голову и освободить туловище.

Надевают рубашку так. Сначала ее протягивают через голову на шею, после чего по очереди натягивают рукава на руки и опускают вниз на туловище, увлекая за нижний край и одновременно поднимая грудной отдел туловища. Это делает или другая медицинская сестра, или одна и та же другой рукой.

Изменение загрязненных кальсон начинают со спуска их с туловища на бедра. Сначала снимают их со здоровой ноги, а затем осторожно с больной. Надевают чистые кальсоны сначала на больную ногу, а затем - на здоровую. Для замены постельного белья больного сначала поворачивают набок и на освобожденной больной части кровати простыню скатывают в валик (с краю кровати в направлении больного). После этого на место грязного кладут свернутое наполовину валиком к спине больного чистую простыню. Больного переворачивают на спину на чистую половину простыни, валик грязной простыни вытягивают из-под больного осторожно, а на его месте (на застеленную половину) развертывают выведенный из-под больного на вторую половину кровати валик чистой простыни (рис.8). У больных, состояние которых не позволяет переворачивать их набок (строгий постельный режим), грязную простыню осторожно извлекают, а чистую - подкладывают, что возможно только при участии двух медсестер.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №3**

### **ОСНОВЫ АНТИСЕПТИКИ И АСЕПТИКИ, ЗНАЧЕНИЕ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ПРИЁМЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

#### **ДОСТАВКА БОЛЬНЫХ В ПЕРЕВЯЗОЧНУЮ, ОПЕРАЦИОННУЮ И В ПАЛАТУ.**

Асептика — система мероприятий, направленных на предупреждение внедрения возбудителей инфекции в рану, ткани, органы, полости тела больного при хирургических операциях, перевязках и диагностических процедурах.

Она достигается уничтожением микробов и их спор путем дезинфекции и стерилизации с использованием физических факторов и химических веществ.



Выделяют 2 вида хирургической инфекции: эндогенный и экзогенный. Эндогенный источник находится в организме больного, экзогенный — в окружающей среде. В предупреждении эндогенного инфицирования основная роль принадлежит антисептике, экзогенного - асептике.

Борьба с воздушной инфекцией - это прежде всего борьба с пылью. Основные мероприятия, направлены на уменьшение воздушной инфекции, сводятся к следующему: устройство правильной вентиляции операционных и перевязочных; влажная уборка помещений, регулярное проветривание и облучение помещений УФЛ; сокращение времени контакта с воздухом открытой раны. Борьба с капельной инфекцией: запрещение разговоров в операционной, перевязочной, обязательное ношение марлевых повязок, своевременная текущая уборка операционных. Особое значение имеет соблюдение особого режима лечебного учреждения, с выделением специальных зон строгого режима.

Контактная инфекция - стерилизация всех приборов, инструментов и материалов, соприкасающихся с раной. Руки медработника и кожа больного подвергаются тщательной дезинфекции. Любые хирургические операции и иные инвазивные манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов, должны производиться в условиях операционной или перевязочной с адекватной подготовкой кожи в области вмешательства (антисептическая обработка) и изоляцией операционного поля стерильными хирургическими покрытиями. Всегда предпочтительно использование одноразовых стерильных обкладочных материалов, таких как «ЗМ Стери-Дрейп». Для профилактики попадания резидентной кожной флоры в операционную рану желательно нанести на подготовленное операционное поле разрезаемое адгезивное покрытие «ЗМ Стери-Дрейп-2», поддерживающее стерильный барьер между кожей пациента и руками хирурга, инструментами и т.п. до конца операции. Наилучшим решением является использование антимицробной разрезаемой пленки «ЗМ Айобан», содержащей в своем составе комплексное соединение йода, активно подавляющее резидентную кожную флору на протяжении операции любой длительности. Важным является профилактика имплантантной инфекции (стерилизация шовного материала, дренажей и т.д. и, по возможности, более редком использовании оставляемых в ране инородных тел). Имплантанционная инфекция часто может быть дремлющей и проявить себя через длительный период времени при ослаблении защитных сил организма.

Важным мероприятием по обеспечению асептики является санация медицинского персонала. В случаях, когда санация не дает результатов, приходится прибегать к трудоустройству носителей вне хирургических отделений.

Антисептика — комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, другом патологическом образовании или организме в целом.

Различают:

- Профилактическую антисептику - проводится в целях предупреждения попадания микроорганизмов в рану или организм пациента (обработка рук медперсонала, обработка антисептиком места инъекции и т.п.).
- Лечебную антисептику, которая включает: механические (удаление инфицированных и нежизнеспособных тканей, удаление инородных тел, первичная хирургическая обработка ран, вскрытие затеков и карманов и т.д.), физические (гигроскопические повязки, растворы с высоким осмотическим давлением, действие сухого тепла, ультразвука и др.); химические (использование различных бактерицидных и бактериостатических веществ); биологические (антибиотики, антитоксины, бактериофаги, протеолитические ферменты и т.п.) методы и их сочетание.

Руки медицинских работников, принимающих участие в оказании медицинской помощи, могут быть фактором передачи патогенных и условно- патогенных микробов. Микрофлора кожи рук представлена двумя популяциями: резидентной и транзитной. Резидентная (постоянная) микрофлора обитает в роговом слое кожи, сальных и потовых желез, волосяных фолликулах и представлена эпидермальными стафилококками, дифтероидами, пропионибактериями и др. Видовой и количественный состав популяции резидентной

микробиоты относительно стабилен и в определенной мере формирует барьерную функцию кожи. В области околоногтевых складок и межпальцевых промежутков кроме указанных выше микроорганизмов вегетируют золотистые стафилококки, акинетобактерии, псевдомонады, кишечные палочки, клебсиеллы.

Указанные биотопы для перечисленных групп бактерий являются естественной средой обитания.

Транзиторная микрофлора попадает на кожу в процессе работы в результате контакта с инфицированными пациентами или контаминированными объектами окружающей среды и сохраняется на коже рук до 24 часов. Она представлена облигатно- и условно-патогенными микроорганизмами (кишечная палочка, клебсиеллы, псевдомонады, сальмонеллы, кандиды, адено- и ротавирусы и др.), характерными для определенного профиля медицинского учреждения.

Механическое воздействие на роговой слой кожи, приводящее к нарушению стабильности популяции резидентной микрофлоры (использование жестких щеток, щелочного мыла для мытья рук, агрессивных антисептиков, отсутствие смягчающих добавок в алкогольсодержащих антисептиках) способствует развитию дисбактериоза кожи. Проявлением последнего является преобладание в резидентной популяции грамотрицательной условно-патогенной микрофлоры, в том числе госпитальных штаммов, устойчивых к антибиотикам, антисептикам и дезинфектантам. В результате руки медицинских работников могут являться не только фактором передачи данных микроорганизмов, но и их резервуаром.

Если транзиторные микроорганизмы могут быть механически удалены с кожи рук с помощью обычного мытья рук или уничтожены при использовании антисептических средств, то резидентную популяцию микроорганизмов практически невозможно полностью удалить или уничтожить с помощью обычного мытья рук или антисептической обработки. Стерилизация кожи рук не только невозможна, но и нежелательна, поскольку сохранение рогового слоя и относительной стабильности резидентной популяции микрофлоры препятствует колонизации кожи другими, гораздо более опасными микроорганизмами, прежде всего грамотрицательными бактериями.

В связи с этим в западноевропейских странах радикально изменены и усовершенствованы травматичные, продолжительные по времени, родоначальные методики обработки рук (по Альфельду-Фюрбрингеру, Спасокукоцкому- Кочергину).

Из множества существующих методик обеззараживания кожи рук лишь одна имеет квалификационные признаки европейского стандарта и зарегистрирована в установленном порядке как "Европейская норма 1500" (EN 1500). Согласно регламенту Европейского комитета по стандартизации данной нормой руководствуются в Бельгии, Дании, Германии, Финляндии, Франции, Греции, Ирландии, Исландии, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Австрии, Португалии, Швеции, Швейцарии, Испании, Чешской Республике, Великобритании.

Указанная методика является наиболее оптимальной для гигиенической и хирургической антисептики рук персонала учреждений здравоохранения и не требует постоянного проведения бактериологического контроля эффективности обеззараживания. В РБ действует инструкция «Гигиеническая и хирургическая антисептика кожи рук» № 113-0801 от 05.09.2001.

Гигиеническая антисептика кожи рук.

Показания к гигиенической антисептике кожи рук:

- до и после контакта с инфекционными больными известной или предполагаемой этиологии (больные СПИД, вирусными гепатитами, дизентерией стафилококковой инфекцией и т.д.);
- контакт с выделениями больных (гной, кровь, мокрота, испражнения, моча и т.д.);
- до и после мануальных и инструментальных исследований и вмешательств, не связанных с проникновением в стерильные полости;

- после посещения бокса в инфекционных стационарах и отделениях;
- после посещения туалета;
- перед уходом домой.

Этапы гигиенической антисептики кожи рук:

1. Антисептик наносят на руки в количестве 3 мл и тщательно втирают в ладонные, тыльные и межпальцевые поверхности кожи рук в течение 30 - 60 сек в соответствии с прилагаемой схемой до полного высыхания:

1. Тереть ладонью о ладонь.
- 2.левой ладонью по тыльной стороне правой кисти и наоборот.
3. Тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.
4. Тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.
5. Поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук.
6. Поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев противоположной руки.

2. При сильном загрязнении биоматериалами (кровь, слизь, гной и т.д.) сначала удаляют загрязнения стерильным ватно-марлевым тампоном или марлевой салфеткой, смоченными кожным антисептиком. Затем на кисти рук наносят 3 мл антисептика и втирают в кожу межпальцевых областей, ладонную и тыльную поверхности до полного высыхания, но не менее 30 секунд, после чего моют проточной водой с мылом.

Хирургическая антисептика кожи рук.

Показания к хирургической антисептике кожи рук: манипуляции, связанные с контактом (прямым или опосредованным) с внутренними стерильными средами организма (катетеризация центральных венозных сосудов, пункции суставов, полостей, хирургические вмешательства и т.д.).

Этапы хирургической антисептики кожи рук:

1. В течение 2-х минут кисти рук и предплечья моют без щеток под теплой проточной водой с нейтральным жидким мылом (гигиеническое мытье), что способствует удалению загрязнений, снижает количество транзитной микрофлоры на руках медицинского персонала).

2. Кисти рук и предплечья высушивают стерильной салфеткой.

3. В течение 5 мин тщательно втирают антисептик порциями по 2,5 - 3 мл в кожу кистей рук и предплечий по стандартной методике, не допуская высыхания кожи. Общий расход антисептика | в соответствии с инструкцией к препарату.

4. Руки высушивают на воздухе.

5. На сухие руки надевают стерильные перчатки.

6. После проведения хирургических манипуляций и снятия перчаток руки моют теплой водой с жидким мылом в течение 2-х минут. Для предупреждения сушащего действия спиртов в течение 1-3 минут наносят крем.

Требования к проведению антисептики рук:

1. втирать антисептик только в сухую кожу;

2. использовать адекватные уровню обработки количества антисептика (избегать излишков), для чего необходимо использовать локтевые дозаторы;

3. не применять салфетки, губки, тампоны, иные инородные предметы для нанесения препарата;

4. избегать использование антисептиков, содержащих активно действующие вещества с разными механизмами антимикробного действия;

5. тщательность выполнения техники проведения обработки;

6. соблюдать последовательность действий, дозировку препарата и экспозиции обработки на каждом этапе.

В зависимости от метода применения антисептических средств различают местную и общую антисептику. Местная антисептика, в свою очередь, делится на поверхностную

(использование присыпок, мазей, аппликаций, промывание ран и полостей) и глубокую (инъекция препарата в области раны или воспалительного очага - обкалывания, блокада).

Под общей антисептикой понимают насыщение организма антисептическим средством (антибиотики, сульфаниламиды), поступающим в очаг инфекции с током крови или воздействующим на микрофлору, содержащуюся в крови.

Применяя тот или иной вид антисептики, следует учитывать его возможные побочные действия, которые в ряде случаев могут оказаться опасными, вызывая интоксикацию (химическая антисептика), повреждение жизненно важных анатомических образований (механическая антисептика), фотодерматиты (физическая антисептика), аллергические реакции, дисбактериоз, кандидомикозы (биологическая антисептика) и т.д.

Средства, применяемые для антисептики, должны отвечать следующим требованиям:

1. обладать широким спектром действия (бактери-, вирули-, фунги-, туберкулоцидным);
2. быстро достигать эффекта;
3. достигать полного уничтожения транзиторной микрофлоры;
4. добиваться снижения обсемененности постоянной микрофлорой до безопасного уровня;
5. обладать достаточно продолжительным действием после обработки (в течение трех часов);
6. должны отсутствовать кожно-раздражающий, аллергенный, канцерогенный, мутагенный и другие побочные эффекты;
7. обеспечивать медленное развитие резистентности микроорганизмов; быть экономически доступными.

Структура ответа: Определение, виды, характеристика.

Более новые статьи:

- Организация санитарно-эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями - Понятие о санитарно-эпидемиологическом надзоре за ВБИ. Цели, задачи, методы осуществления санитарно-эпидемиологического надзора за ВБИ. - 17/08/2012 10:55
- Противоэпидемические мероприятия по ликвидации ВБИ - Мероприятия, направленные на источник инфекции, механизм передачи, восприимчивый организм. Особенности противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев ВБИ. - 17/08/2012 10:54
- Роль санитарного просвещения в профилактике ВБИ - Значение санитарного просвещения в профилактике ВБИ. Повышение санитарной культуры медицинских работников и всего населения. - 17/08/2012 10:53

**Транспортировка хирургического больного.** При необходимости пациент из приемного отделения может быть сразу транспортирован в хирургическое или реанимационно-анестезиологическое отделение, либо в операционную.

Способ транспортировки больных определяется врачом и зависит от тяжести состояния больного и особенностей заболевания.

Больных, которые могут самостоятельно передвигаться, из приемного отделения в хирургическое отделение пешком сопровождает медсестра либо санитарка. Тяжелобольных транспортируют на каталке или кресле-каталке, чаще в положении лежа.

Правильная транспортировка больных предупреждает развитие осложнений. В связи с этим различают следующие **способы транспортировки хирургических больных:**

1. При переломах костей черепа транспортировку осуществляют на носилках в положении лежа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды.
2. При переломах позвоночника больного транспортируют на щите на спине, а на обычных носилках на животе. При закрытых повреждениях шейного отдела позвоночника обязательна иммобилизация головы и надплечий лестничными шинами и мягкой повязкой с большим

количеством ваты вокруг шеи.

3. При переломах и вывихах верхних конечностей руку в транспортной шине укладывают на грудь и прибинтовывают или подкладывают под нее подушку.

4. При переломах нижних конечностей – под поврежденную конечность в шине подкладывают сложенное одеяло.

5. При переломе ребер пострадавшему придают полусидячее положение.

6. При переломах таза пострадавшего укладывают в положение «лягушки» - на спине, ноги согнуты в коленях и разведены, под колени подкладывают валик (подушку или свернутое одеяло).

7. При кровотечении из конечности, после наложения жгута и транспортной иммобилизации придают ей возвышенное положение и в таком положении транспортируют больного.

8. При ранениях грудной клетки пострадавшего транспортируют в полусидячем положении с подложенным под колени одеялом.

9. При ранениях живота и внутренних кровотечениях пострадавшего укладывают на спину с подложенным под ноги одеялом для расслабления мышц передней брюшной стенки, а при большой кровопотере – с опущенным головным концом.

10. Больных с ожогами укладывают по возможности на неповрежденную сторону. Обожженную поверхность укрывают стерильной марлей или простыней.

11. Больного в бессознательном состоянии транспортируют на животе с подложенными под лоб и грудь валиками или на боку для предупреждения аспирации при рвоте.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №4**

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕНИИ И ЭВТАНАЗИИ В МЕДИЦИНЕ.**

#### **САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ТУМБОЧЕК**

Медицинская деонтология (от греч. deontos – должное, надлежащее и logos – учение)

– наука о профессиональном поведении медицинского работника. Сам термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX века английским философом Иеремией Бентамом – для обозначения науки о профессиональном поведении человека.

Наука о взаимоотношениях врача и больного, о долге и обязанностях врача носит название врачебная деонтология.

Медицинскую деонтологию можно определить как совокупность этических норм. Выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

В качестве широкого философского понятия врачебная деонтология включает:

- отношения между врачом и больным;
- родственниками больного и близкими;
- отношения между врачами, средним и младшим медицинским персоналом;
- права врачей и больного в процессе лечения;
- отношения между учителями и учениками;
- тайны болезни больного;
- ошибки врача.

Правильное применение в медицинской практике основ медицинской деонтологии связано со знаниями врачей, их квалификацией, мировоззрением, уровнем профессиональных знаний.

Врачебная деонтология требует хорошего знания истории. Особенно сейчас, когда открылась широкая дорога для изучения восточной медицины. В кодексе древнего вавилонского царя Хаммурапи (1792 – 1750 до н. э.) уже содержатся суровые требования к врачу. Например, если свободный (не раб) гражданин умирал после вскрытия нарыва врачом, последнего лишали правой руки; в Индии за неудачное лечение врачей штрафовали. Жесткие требования к врачу предъявлялись в Древней Сирии. Родоначальником научной медицины

является древнегреческий врач Гиппократ, родившийся на острове Косс в 460 г. до н. э. Гиппократ дал не только ряд ценных советов, но фактически написал первую страницу летописи по деонтологии, книги, которая пишется всеми последующими поколениями врачей в течение 24 веков.

Надо отметить, что при преподавании врачебной профессиональной деятельности и личных качеств врачей, мы брали примеры с русских ученых, таких как Чехова А.П., Булгакова М.А. и т.д. Великие ученые Навои, Жамий завещали медицине и медикам ценные идеи, взгляды. Например, Навои в своем произведении «Мах-буб ул- кулуб» пишет следующие мнения: «Табиб должен быть знатоком своего дела, должен общаться с больными с чувством милосердия. Его природа должна соответствовать медицинскому учению. Он должен быть мягкословным и вдохновляющим больного, с прекрасным характером. Знаменитому врачу Востока периода раннего средневековья Абу Али Ибн Сино приписывают изречение: «Врач должен обладать взглядом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

Наиболее выдающимися сочинениями Древнего мира, в которых ставятся вопросы деонтологии, являются: «О природе жизни» китайского врача Хуан Ди Немцзиня, «Наука о жизни» древнеиндийского врача Сушруты, «Наставления», «О враче» Гиппократа, сочинения Галена, Цельса, Абу Али Ибн Сины.

Подготовка высококвалифицированных врачей общей практики (ВОП), семейных врачей, магистров, осведомленных деонтологическими знаниями один из основных задач преподавания в мед вузах.

В частности, деонтология терапевтов, хирургов, стоматологов, психиатров, онкологов, ВОП и семейных врачей отличается друг от друга. В зависимости от требований настоящего времени на первый взгляд имеет важность поднятие деонтологии ВОП и семейных врачей. Врачи, работающие в сельских медицинских пунктах, семейных поликлиниках, лечебницах домашнего характера не должны ограничиваться узкой сферой. Они должны быть готовы к оказанию всякого рода медицинской помощи не нарушая правил и принципов деонтологии. В основе врачебной деонтологии лежат взаимоотношения между врачом и больным. В поведении врача должна появиться надежда для больного и вера в самого врача, что именно он избавит его от мучительной боли. А это должно быть самым основным и кульминационным в воспитании будущего врача деонтологически грамотным. Иначе говоря, врач должен обладать искусством воздействия на больного словом, речью.

Вспомните выражение великого русского ученого Бехтерева: «Если после разговора с врачом, больной не нашел утешения, не почувствовал надежду, то это не врач». В некоторых ВУЗах зарубежных стран мы видим серьезный подход к этой задаче. Например, в одном из городов Англии Глазго в медицинских учебных заведениях существует кафедра «Искусство обращения с больными» под руководством Хаммера Барбара для 3-5 курсов. Мы знаем, что искусство общения с больным в зависимости от уровня мировоззрения больного требует индивидуализации – то есть к каждому больному подход разный. Но в процессе разговора мы глубоко анализируем, что страдание больного является основной темой. Иначе, деонтология общения должна быть одним из основных элементов клинического диагноза больного, скажем достаточной при разговоре врача с больным, чтобы быть опорой страдающего больного, пробудить в нём надежду и веру на выздоровление, опираясь на правильные и объективные сведения о течении болезни и ее последствия. Ведь врач владеющий искусством общения, не должен одинаково вести разговор с больными различными диагнозами (инфарктом миокарда, инсультом, раком, бронхиальной астмой, туберкулезом, шизофренией, СПИДом) и с их близкими, родными.

Перед сложной хирургической операцией между врачом, больным и его родственниками должна проводиться длительная беседа, в которой необходимо соблюдать правил деонтологии.

Понятие об эвтаназии, являющейся причиной шума и споров между врачами Европы США, Японии.

Эвтаназия- процесс, при котором с помощью назначенных лекарственных препаратов облегчается и ускоряется медицинская смерть, для того чтобы облегчить смерть больного с неизлечимой болезнью от тяжелых страданий. Это так называемая «гуманная смерть» или по-японски «смерть с достоинством». Мы с точки зрения врачебной деонтологии отрицательно относимся к этой тонкой проблеме. Так в одном из изречений Гиппократов говорится «не убей» или «я в своей деятельности обязуюсь не использовать никакого лекарства, которое могло бы стать причиной смерти пациента». Как писал А. Навои: «Медик - не палач». Мы считаем нужным напоминать, эти изречения. Мы думаем, что эта проблема будет ещё представлять собой причиной долгих и многих споров, и будет продолжаться до единогласного её решения.

Долг врача в отношении хранения врачебной тайны считается одной из проблем мировой деонтологии, так как различные сведения об интимных сторонах жизни, здоровья больного, и членах его семьи без сомнения становится достоянием семейного врача. Поэтому врач должен правильно обработать эти сведения, держать их в тайне, не разглашать сведения о болезни человека и сведения о его состоянии.

Здоровье человека важно как для него самого больного, так и для общества.

Врачебная деонтология требует от врачей человеческих качеств: эрудиции, храбрости, доблести, любви, чистосердечия, сдержанности, честности, чуткости, опрятности, ответственности, скромности, человечности. Но прежде всего требует эрудиции.

## БИОЭТИКА

Формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще, медицинской и биологической этики в частности. Оно обусловлено, прежде всего, резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине - это права пациента, испытуемого и т.д.) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество проблем, требующих решения, как с точки зрения права, так и морали.

Кроме того, формирование биоэтики обусловлено грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины, огромными сдвигами в медико-клинической практике, которые стали возможными благодаря успехам генной инженерии, трансплантологии, появления оборудования для поддержания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоретических знаний. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед средним медперсоналом. Существуют ли пределы оказания медицинской помощи, и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? С какого момента следует отсчитывать наступление смерти? С какого момента зародыш можно считать живым существом? Допустимы ли аборты? Вот лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, а также перед широкой общественностью при современном уровне развития медицинской науки.

Биоэтика как исследовательское направление междисциплинарного характера сформировалось в кон. 60-х - нач.70-х гг. Термин «биоэтика» предложен В. Р. Поттером в 1969 г. Трактовка ее разнородна. Прежде всего, биоэтику пытаются отождествлять с биомедицинской этикой, ограничив ее содержание этическими проблемами отношений «врач - пациент». Более широкое понимание биоэтики включает в себя ряд аксиологических, социальных проблем и проблем, связанных с системами здравоохранения и с отношением человека к животным и растениям. Кроме того, термин «биоэтика» указывает на то, что она ориентируется на исследования живых существ независимо от того, находят ли они свое применение в терапии или нет. Иными словами, биоэтика ориентируется на достижения современной биологии при обосновании или решении моральных коллизий, возникающих в ходе научных исследований.

Исторические модели моральной медицины

1. Модель Гиппократов («не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

## 2. Модель Парацельса («делай добро»)

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие *pater* (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога.

## 3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (*deontos* по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения.

## 4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

Принцип информированного согласия.

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни.

Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества.

Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой и - повышенной уязвимостью пациента.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для *информированного согласия*.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) о связанном с ним существенном риске;
- 3) о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей.

Больного нужно информировать как о заболевании, так и о лечении - назначаемых препаратах, их положительных и побочных эффектах, ожидаемой продолжительности



лечения, мерах предосторожности при употреблении спиртного. В свою очередь, и больной должен иметь возможность высказаться: что он переживает, как болезнь повлияла на него и на семью, каким он видит будущее. Порой же сочувственное молчание помогает не меньше, чем слово.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации. В некоторых штатах Америки законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Но одновременно с этим встает вопрос: Как и в каком объеме информировать пациента? В последнее время большое внимание получает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособивали информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом. В связи с этим можно говорить о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

### **Ятрогения**

Известно ятрогения - это болезнь, возникающая у больного как следствие случайной ошибки врача, незнания, равнодушия, беззаботности и беспомощной беседы. Это своего рода преступление, результат нарушения деонтологического изречения Гиппократов «Самое главное - не навреди больному».

Такие ятрогенные болезни в настоящее время составляют 10% среди больных. На практике эта цифра показывает насколько значительное число врачей, медицинских сестёр, младшего медицинского персонала, не выполняя должным образом свой долг до конца и часто не понимают это. Термин «Эвтаназия» происходит от греческих слов eu- «хорошо», и thanatos - «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, которые приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения некупируемой боли и страданий.

На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

1) Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:

a) *Собственно эвтаназия* - случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с *информированного согласия* (см. выше) последнего;

b) *Ассистируемый врачом суицид* (Physician assisted suicide - PAS), когда врач prepares смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

2) Случаи, когда роль врача сводится к *согласованному с пациентом* отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном - это прием опиоидных анальгетиков. Также, к данной группе следует отнести *сознательное* информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата. В настоящее время в обществе имеется две противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники каждого подхода приводят свои аргументы в пользу эвтаназии. Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по нескольким соображениям:

- Медицинским причинам - смерть, как последнее средство прекратить страдания больного.
- Заботы больного о близких - «не хочу их обременять собой».
- Эгоистическим мотивам больного - «хочу умереть достойно».

- Биологическим причинам - необходимость уничтожение неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека, как биологического вида, вследствие накопление патологических генов в популяции.
- Принцип целесообразности - прекращение длительных и безрезультатных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, чтобы использовать аппаратуру для реанимации вновь поступивших с меньшим объемом поражений.
- Экономические - лечение и поддержание жизни ряда неизлечимых больных требует применения дорогостоящих приборов и лекарств.

Последние три принципа уже широко использовались в фашистской Германии: государственная политика уничтожения «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов в конце войны.

### Вербальное и невербальное общение с пациентом. Значение составляющих вербального и невербального общения (поза, жесты, голос, интонация, ритм, мимика)

Для настоящего понимания необходимо слияние с его проблемами, способность почувствовать их как собственные, то есть то, что называют эмпатией. Определённый характер его высказываний, в ситуации, проблемы заведомо предоставляет возможность представить себя на месте больного, заглянуть в его душу, приблизится к нему. Нужно попытаться воспринять рассказываемое им путём сопереживания. Основополагающее значение здесь имеет формальные элементы сообщения: интонация, ударение, стиль речи, осанка, жесты и пр.

Вербальное общение. Наиболее универсальное средство человеческого общения – язык. Язык – это основная система, при помощи которой мы кодируем информацию и основной инструмент коммуникации. Это «могучая, прекрасная и великая» система кодирования, но и она оставляет возможности не только для разрушения, но и для создания барьеров.

Но на каждом этапе коммуникации возникают барьеры, препятствующие ее эффективности, причем в первую очередь те, которые присущи исключительно человеческим отношениям и самой человеческой природе.

Очень часто возникающая иллюзия взаимопонимания связана с тем, что люди пользуются одними и теми же знаками (в т. ч., словами) для обозначения совершенно разных вещей. Семантические – смысловые – барьеры могут вызываться социальными, культурными, психологическими и другими причинами.

Кроме того, для человеческой коммуникации, в отличие от модели простого обмена информацией, чрезвычайно важны такие факторы как стиль, контекст и подтекст.

Существует профессиональный язык, местный диалект, молодежный сленг, воровской жаргон и т.д. Стилистика языка предполагает уместность ситуативного использования по-разному окрашенных синонимов, целых оборотов и грамматических форм: разговорных и публицистических, официально-бюрократических, научных или художественных.

Невербальное общение. Как это ни странно на первый взгляд, три четверти информации о нашем партнере по общению, о его истинных чувствах и намерениях мы черпаем не из того, что он говорит, а непосредственно наблюдая за едва уловимыми деталями его поведения. Иначе говоря, межличностные коммуникации в основном осуществляются за счет невербальных средств – параллельного, и часто более богатого языка общения, элементами которого являются не слова, а мимика и жестикация, пространственные и временные рамки, интонационные и темпоритмические характеристики речи, символические коммуникативные знаки.

Как правило, невербальный язык является результатом не сознательной тактики поведения, а подсознательных импульсов, поэтому его крайне трудно подделать, и доверять ему можно значительно больше, чем словам.

Одна из первых попыток составления пособия по трактовке невербальных сигналов принадлежит Аллану Пизу, автору мирового бестселлера «язык жестов». Существуют позы и жесты, подчеркивающие сомнение и согласие, скуку и заинтересованность, доброжелательность и враждебность. Походка человека может дать информацию о его настроении, рукопожатие может быть властным или покорным, скрещенные руки, скорее всего, будут говорить о закрытости, скепсисе, и несогласии, открытые ладони – об искренности и доброжелательности.

Умело используя механизм невербалики, можно значительно облегчить процесс коммуникации. Подавая руку ладонью вверх, вы как бы заранее отдаете инициативу собеседнику, накрывая своей ладонью его руку, еще до начала встречи, заявляете свои претензии на лидерство. Раскройте скрещенные на груди руки, и вы сами почувствуете большую открытость, и вызовите большое доверие собеседника, который, вероятнее всего, не замедлит скопировать ваши действия, также приняв более открытую позу, бессознательно «отзеркалив» вашу.

Отнюдь не все жесты универсальны, один и тот же жест в разных культурах может быть истолкован по-разному. Мы в знак согласия киваем головой, не соглашаясь – качаем ею из стороны в сторону, что не мешает некоторым народам поступать в этих ситуациях противоположным образом. Конечно, не менее эффективным, чем жесты, инструментом является мимика. Ее, правда, легче научиться контролировать, сохраняя «непроницаемое лицо», поэтому она менее достоверна, но уж никак не менее выразительна. Мимика, в частности, представляет богатейшие возможности для отзеркаливания. Понаблюдайте за лицами увлеченно беседующих о чем-то животрепещущем людей. Встав так, чтобы видеть только лицо внимательно слушающего, но достаточно далеко, чтобы не слышать разговора, вы сможете по нему в буквальном смысле прочесть всю смену эмоций, а, возможно, и понять, о чем идет речь.

Люди обладают богатейшей мимикой. Подсчитано, что можно различить несколько тысяч (!) выражений лица, передающих малейшие нюансы настроения. Выключив звук, можно понаблюдать за удивительной игрой Луи де Фюнеса в его лучших фильмах – играет каждый мускул лица, способного передавать тончайшие нюансы настроения, складывается впечатление, что актер мог сыграть, например, «Огорченное ухо» или «Возмущенный нос», и это впечатление близко к истине. Но самое главное, что такие возможности есть у каждого из нас, и мы используем их значительно чаще, чем отдаем себе в этом отчет.

Известно, что при страхе или возбуждении зрачки человека расширяются, что во время разговора говорящий реже смотрит в глаза собеседнику, чем слушающий, а когда смотрит – это знак того, что в этот момент его можно прервать ответной репликой; что когда отводит глаза тот, кто слушает, он, вероятнее всего, скучает или не согласен с тем, что говорится; что задержав взгляд на человеке чуть больше положенного неписаными правилами времени, можно его смутить и т. д., наконец, что большинство женщин в магазине моргает минимум в два раза реже, чем обычно.

Невербалика включает не только то, что не связано с речью, но и параречевые характеристики, т. е. не собственно смысл слов, а интонацию, темп, эмоциональную и стилистическую окраску речи. Выясняется, что информацию часто передают не только слова, сколько то, как они сказаны. На занятиях наши студенты с удовольствием играют в такие игры, как признание друг другу в любви посредством фраз, целиком состоящих, например, из технических терминов, и, научившись использовать непривычный канал передачи сообщения, успешно с этим справляются.

Кроме того, стиль речи может нарисовать нам довольно полный портрет собеседника, ясно указывая на его принадлежность к определенному социальному и культурному слою, на его кругозор и вкус, на его образ мыслей и, конечно, на адрес отчего дома.

Важнейшим невербальным элементом общения, конечно, является одежда, передающая окружающим огромное количество информации о его владельце. Люди настолько изобретательны в общении, что научились передавать друг другу определенную

информацию, вообще не прибегая к помощи слов, жестов и даже мимики. Вообще говоря, любые невербальные средства коммуникации – это знаки, несущие определенную информацию.

### **Классификация людей пожилого возраста**

По предложению ученых была предложена следующая классификация, при которой различают следующие виды возрастов: **Хронологический (календарный) возраст** Данный метод определения возраста является самым простым и удобным. Такой вид возраста измеряется календарными годами, однако он не может отражать реального процесса старения.

#### **1) Биологический (физический) возраст**

Этот возраст определяется функциональными возможностями физических органов человеческого организма. Такой метод определения возраста наиболее точно отражает фактический процесс старения и физическое состояние всего организма, но подобный метод является очень сложным.

#### **2) Психологический возраст**

Данный возраст определяется с помощью психометрии и отражает интеллектуальное и психологическое состояние человека.

Только с помощью методов, которые были использованы для определения 3-х вышеперечисленных возрастов можно наиболее точно отразить физическое, интеллектуальное и психическое состояние человека, а также определить степень его старения.

**Старение** – это сложный биологический процесс, охватывающий весь организм. Он носит временный характер и имеет следующие четыре фактора:

- а) наследственный фактор;
- б) фактор внутренней среды;
- в) фактор окружающей социальной среды;
- г) фактор заболеваний.

Если говорить о чисто внешних проявлениях старости, то они имеют следующие четыре наиболее главные особенности: а) белых волос становится больше, чем черных, обычно это наблюдается у людей от 40 до 50 лет; б) появляются морщины.

Это происходит у людей обычно в возрасте от 30 до 40 лет, обычно сначала в передней части лба и по краям глаз.

в) появляется старческая дальнозоркость (гиперметрофия). Наблюдается после 45 лет.

г) действия становятся медлительными, движения уменьшаются, люди обладают нетвердой походкой и ходят в загнутом состоянии.

С точки зрения структурных изменений органов, то они следующие:

1) Сердечно-сосудистая система – атрофируется сердце и сердечные мышцы, происходит их кальцинирование, склероз клапанов и коронарных артерий, уменьшается кровообращение. Резервные функции сердца 70-летнего человека составляют лишь 50% 40-летнего человека. Кровоток сердца уменьшается на 40%.

2) Нервная система – атрофируется головной мозг, заметно уменьшается количество нейронных клеток. Количество нейронов в головном мозге здорового человека составляет 14 млрд шт, после 30 лет ежедневно количество нейронов уменьшается на 100-152 тыс.

3) Дыхательная система – происходят серьезные изменения в слизистой оболочке дыхательных путей, уменьшается количество легочных альвеол, сокращается жизненный объем легких. У 70-летнего человека он уменьшается на 40% по сравнению с 40-летним.

4) Пищеварительная система – выпадают зубы, происходит изменение в слизистой оболочке желудка и кишечника, уменьшается способность переваривания и всасывания пищи, нарушаются функции желчного пузыря.

5) Мочепускающая система – происходит атрофия почек, склероз почечных артерий, заметно снижаются половые функции, количество позывов к мочеиспусканию

увеличивается. Почки 60-летнего человека уменьшаются на 50% по сравнению с взрослым человеком.

6) Эндокринная система – с возрастом заметно уменьшаются железы, входящие в эндокринную систему, такие как гипоталамус, гипофиз, зитовидная железа, поджелудочная железа, надпочечники и др. основные клетки уменьшаются, а соединительная ткань, жировые клетки увеличиваются. Все это приводит к нарушению эндокринной системы.

7) Иммунная система – вилочковая железа (тимус), лимфатические узлы, селезенка, миндалины, клетки костного мозга – являются важными органами, составляющими иммунную систему. С годами они атрофируются, а их функции ослабевают, все это приводит к серьезным нарушениям в иммунной системе.

Скелетно-мышечная система. Главным проявлением старения костей – является их рыхлость, увеличивается хрупкость костей они подвержены легкому перелому, в связках и сухожилиях, находящихся вокруг суставных хрящей и суставных ямок с возрастом медленно возникают процессы кальцинирования и фибрилляции, они теряют упругость, происходит отвердение суставов, движения становятся неуклюжими, иногда даже возможны серьезные помехи при движении. С возрастом также происходит постепенное атрофирование мышц. Мышечная масса старого человека по сравнению со взрослым человеком уменьшается на 50%, уменьшается мышечная сила, повышается мышечная утомляемость. Рост мышечных волокон, упругость, возбудимость заметно уменьшаются, что приводит к медлительности и неуклюжести движений. Старение – единственный враг долголетия, естественный закон жизни, которому живые существа не могут сопротивляться. Однако старение можно правильно встретить по научному изучить и замедлить

#### **Уход за больными пожилыми и старческого возраста**

- ⊙ Большое значение при лечении больных имеет правильно организованный уход:
- ⊙ госпитализировать при необходимости
- ⊙ учитывать психологические особенности
- ⊙ убеждать в соблюдении предписанного режима (сон, отдых, рациональное питание)
- ⊙ точно выполнять назначения врача
- ⊙ быть терпеливым и тактичным
- ⊙ восстанавливать работоспособность
- ⊙ чувствовать эмоциональное состояние больного (эмпатия)
- ⊙ предупреждать травмы и несчастные случаи
- ⊙ соблюдать гигиену (уход за кожей, полостью рта)
- ⊙ бороться с гиподинамией
- ⊙ регулировать стул

**Для тех, кто хочет добиться гармонии и понимания в отношениях с пожилыми людьми**  
Необходимо выяснить привычки и характер вашего пациента и действовать по этим направлениям.

Напоминайте чаще, что он не безразличен окружающим.

Будьте внимательны и сочувствуйте житейским проблемам, учитывая это при общении.

Способствуйте бодрому настроению, согревайте его своим отношением и делайте прочным его отношения с окружающими.

Создавайте общую для себя и пожилого человека атмосферу дружеского взаимодействия.

Помните, не существует твердых правил для общения с пожилыми людьми, но если есть сочувствие и желание облегчить его положение то Вы всегда найдете к нему подходы, наладите добрые и плодотворные отношения с ним.

Особенности общения с умирающими больными. Стадии умирания.

*Первая стадия* — стадия отрицания и неприятия трагического факта. Доминирующими в этот период являются высказывания: “Только не я”, “Не может быть”, “Это не рак” и т.п. У больного растет тревога и напряжение, страх перед будущим. Своеобразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания, активное

обследование у различных специалистов с применением новейших параклинических методов диагностики. Больной считает установленный диагноз ошибочным, происходит психологическая подмена диагноза на заболевание, не влекущее за собой роковых последствий

*Вторая стадия* — стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, многократные исследования подтверждают наличие фатального заболевания, возникает чувство протеста и возмущения. “Почему именно я?”, “Почему другие будут жить, а я должен умереть?”, “Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел?” и т.п. Как правило, эта стадия неизбежна, она очень трудна для больного и его родственников.

*Третья стадия* — просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но “не сейчас, еще немного”. Многие, даже ранее не верующие пациенты, обращаются со своими мыслями и просьбами к Богу. Приходят начатки веры.

*Четвертая стадия* — реактивная депрессия, которая, как правило, сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Больной понимает, что он умирает. В этот период он скорбит о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Но он уже готов принять смерть, он спокоен, он покончил с земными заботами и углубился в себя.

*Пятая стадия* — принятие собственной смерти. Человек обретает мир и спокойствие. С принятием мысли о близкой смерти больной теряет интерес к окружающему, он внутренне сосредоточен и поглощен своими мыслями, готовясь к неизбежному.

Смертельная тревога сопровождается выраженными вегетативными проявлениями и синдромами отчуждения, аннигиляции и пребывания в опасности.

**Синдром отчуждения** характеризуется чувством одиночества, изоляции от окружающего мира и дереализацией. Несмотря на то, что пациенты общаются с окружающими, они как бы находятся уже в другой реальности, им чужды обыденные разговоры и проблемы.

**Синдром аннигиляции** выражается в страхе перед наступлением “ничто”, когда Мир будет жить и развиваться, а умирающий исчезнет. Пациенты чувствуют себя обезличенными, не проявляют свою индивидуальность, у них снижается самооценка, они замыкаются в себе.

**Синдром пребывания в опасности** включает в себя переживание неустранимой опасности для жизни с радикалом агрессии, которая обусловлена осознанием собственной уязвимости и конечности, а также невозможностью что-либо изменить.

Основные направления деятельности медицинского психолога с умирающими больными должны быть сосредоточены на следующих проблемах:

1. **Купирование психопатологической симптоматики и расстройств поведения.**
2. **Психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь.**
3. **Духовная поддержка пациента.**
4. **Психологическая поддержка родственников больного.**

**Гигиена личных вещей больного.** В целом, всю совокупность личных вещей больного желательно свести к разумному минимуму. При этом следует использовать, по возможности, новые одноразовые предметы: свежие газеты и журналы вместо старых книг, бумажные салфетки вместо матерчатых платков и т. п.

Личные вещи больного хранятся в прикроватной тумбочке с закрытой дверцей.

Постоянно используемые личные вещи больного (очки, расчески, предметы для бритья, зубные щетки в футляре, зубная паста, мыло в мыльнице, слуховой аппарат у глухих, наручные часы, ножницы и другие предметы ухода за ногтями и т. п.) подлежат периодической дезинфекции.

В случае необходимости больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т. д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют.

После выписки больного предметы индивидуального ухода подвергают обеззараживанию по одной из принятых методик.

Абсолютно запрещено ношение больными в хирургическом отделении одежды и обуви из шерсти и войлока, использование матерчатых предметов, которые невозможно стирать или дезинфицировать.

Ежедневный контроль за состоянием личных вещей больного возлагается на палатных медсестер и старшую медсестру отделения.

**Гигиена передач больному продуктов и вещей.** Средним медперсоналом отделения проводится строгий контроль передач продуктов и предметов, установленных администрацией больницы для хирургических больных.

В каждом отделении имеется список больных с указанием номера диетического стола для каждого больного.

В местах отдыха больных, в приемном отделении и в местах приема передач вывешивают инструкции с указанием продуктов, разрешенных для передач больным.

Запрещена передача старых книг и предметов длительного пользования, не подлежащих дезинфекции. в каждом отделении следует организовать надлежащие условия хранения продуктов.

Ограничивается передача высококалорийных и скоропортящихся продуктов, которые принимают в новых полиэтиленовых пакетах, в пределах одно-, двухдневной потребности с целью предупреждения переедания и пищевых отравлений; абсолютно исключаются алкогольные напитки, пряные и острые блюда и продукты. Категорически запрещается хранить скоропортящиеся продукты в тумбочках.

Медицинская сестра должна систематически проверять тумбочки и холодильники, в которых хранятся продукты больных.

**Гигиена посещений больного.** Целесообразно сократить до разумного минимума контакты хирургических больных с родственниками, в том числе из-за угрозы внесения инфекции в хирургический стационар и выноса госпитальной инфекции за его пределы.

Для защиты пациентов и возможных посетителей следует разработать и применять на практике определенные правила. Доступ посетителей желательно осуществлять через один контролируемый вход.

Посетителям следует разъяснить степень риска, которому они подвергают пациентов, особенно в период зарегистрированных в данной местности эпидемий, например гриппа. В период пика острых респираторных заболеваний посещения больных в отделении резко ограничивают вплоть до полного запрещения.

Посещение взрослых больных детьми запрещено.

Непосредственно в палату разрешен допуск посетителей только к больным с постельным режимом. Полностью исключено посещение больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

В целях профилактики внутрибольничной инфекции в стационарах используют коврики. Они служат барьером для проникновения и распространения инфекции, проникающей извне. Используются коврики двух видов: резиновые и поролоновые. Их обработка осуществляется:

- 1) 0,75% раствором хлорамина;
- 2) замачивание в 0,75% растворе хлорамина, 2% растворе дихлора-1 или 0,5% хлордезина с добавлением 0,5 г моющего средства на 30 мин;
- 3) 3% раствором перекиси водорода с 0,5 г моющего средства.

Посетителей обязательно предупреждают о необходимости соблюдения мер предосторожности, таких как мытье рук или ношение защитной одежды, особенно при посещении пациентов, имеющих заболевание инфекционной природы или повышенную восприимчивость к инфекции.

Посетители хирургических отделений при входе должны сменить обувь и надеть специальные халаты или накидки.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №5

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПРЕД-, И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ. ВЗАИМОПОНИМАНИЯ, ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО. ОМОВЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО.

**Подмывание больного.** Больных, не принимающих еженедельно гигиеническую ванну, а также страдающих недержанием мочи и кала, необходимо подмывать несколько раз в день.

#### Для подмывания больного необходимы:

1. теплая вода, дезинфицирующий раствор (слабый раствор перманганата калия, фурацилина, риванола и др.);
2. кувшин для воды или кружка Эсмарха;
3. зажим или корнцанг, стерильные ватные шарики;
4. клеенка;
5. подкладное судно.

**Техника выполнения процедуры:** Предварительно готовят раствор с температурой 30-35 °С, пациент располагается на спине с согнутыми в коленях ногами, под ягодицы подкладывают широкую клеенку и судно. Лево́й рукой ухаживающий держит кувшин, из которого поливает дезинфицирующим раствором область промежности. Держатель с зажатым ватным шариком правой рукой 1-2 раза проводят в направлении от половых органов к заднему проходу, затем ватные шарики выбрасывают. Процедуру повторяют 2-3 раза. Сухими ватными шариками протирают кожу в том же направлении. Паховые складки обрабатывают вазелиновым маслом или детской присыпкой. Опрелости смазывают вазелином или детским кремом.

#### **Помощь пациенту во время гигиенического душа и мытья головы:**

- установить в ванне специальное сиденье или стульчик;
  - отрегулировать температуру воды до 35-37°С;
  - помочь пациенту снять одежду;
- предупредить пациента в необходимости сообщения о возможном ухудшении его самочувствия (сердцебиение, одышка и прочее);
- помочь пациенту стать в ванну, затем устроиться на сидении, поддерживая его сзади под локти;
  - надеть резиновые перчатки;
  - сложить салфетку в несколько слоев, попросить пациента прикрыть ею глаза;
  - смочить волосы пациента, поливая их водой из душа;
  - нанести шампунь и мыть волосы обеими руками, бережно массируя голову, пока волосы не будут полностью намылены;
  - смыть водой мыльную пену;
  - убрать пеленку, закрывающую глаза, вытереть волосы;
  - помочь пациенту последовательно вымыть туловище, верхние конечности, шею, грудь, спину, нижние конечности, паховую область, промежность, используя мягкую мочалку или махровую варежку;
  - вытереть насухо тело пациента (желательно мягким махровым полотенцем), уделяя внимание пальцам нижних конечностей, помочь выйти из ванны (при необходимости, оказать помощь вдвоем);
  - помочь причесаться, надеть одежду и обувь.

Примечание: таким же способом проводят мытье пациента в ванной.

Если ванна или душ противопоказаны, необходимо проводить **обтирание пациента в**



## **постели:**

- подготовить емкость с водой (температура 36-37°C), клеенку, салфетку, резиновые перчатки, махровую рукавичку, 2 махровых полотенца;
- надеть резиновые перчатки;
- промыть махровой рукавичкой (без мыла) веки одного глаза пациента от внутреннего угла к наружному;
- вытереть веки насухо махровым полотенцем;
- промыть другой стороной рукавички веки второго глаза;
- вытереть веки насухо махровым полотенцем;
- вымыть махровой рукавичкой лоб, нос, щеки;
- вытереть насухо махровым полотенцем;
- вымыть с мылом шею и ушные раковины (мылом пользоваться умеренно);
- ополоснуть, вытереть насухо;
- откинуть простыню с одной руки пациента, положить полотенце под эту руку;
- махровой варежкой вымыть, ополоснуть;
- вытереть насухо, используя полотенце, лежащее под рукой, предплечье пациента, плечо и подмышечную впадину, поддерживая руку в области суставов;
- вымыть кисть руки в емкости, предварительно постелив клеенку на постель рядом с пациентом и поставив на нее емкость;
- убрать емкость и клеенку с постели пациента;
- вытереть насухо кисть и накрыть простыней;
- откинуть простыню с другой руки пациента и в такой же последовательности вымыть ее и высушить;
- свернуть простыню в рулон, освобождая грудь и живот;
- вымыть грудь и живот пациента;
- ополоснуть и вытереть насухо (у женщин осмотреть кожу под грудью);
- укрыть грудь и живот простыней, раскатывая к нижним конечностям;
- положить полотенце под одну из нижних конечностей;
- вымыть махровой варежкой бедро, колено, голень;
- ополоснуть, вытереть насухо полотенцем;
- убрать полотенце из-под ноги, ногу согнуть в колене, постелить клеенку и поставить емкость с водой;
- опустить стопу в емкость с водой;
- вымыть, ополоснуть и просушить стопу, уделяя внимание коже между пальцами;
- убрать емкость с водой и клеенку;
- вымыть другую ногу в той же последовательности;
- накрыть ноги пациента, помочь пациенту повернуться набок, спиной к вам;
- положить полотенце поверх простыни вдоль спины и ягодиц пациента;
- вымыть, ополоснуть и насухо вытереть шею, спину, ягодицы пациента, внимательно осматривая кожу на предмет выявления пролежней;
- расстелить под ягодицами пациента клеенку, поставить судно и повернуть пациента на спину;

Если пациент может самостоятельно вымыть область промежности, предложите ему это сделать самому, оставив его наедине. В противном случае проведите процедуру сами.

## Уход за промежностью женщины:

помочь пациентке согнуть ноги в коленях и расставить их;

- постелить клеенку на постель, сверху - салфетку;
- надеть махровую рукавичку, намылить ее;
- намылить лобок;

- ополоснуть лобок;
- ополоснуть рукавичку;
- раздвинуть половые губы и промыть одну половую губу, затем другой стороной рукавички промыть вторую половую губу (движения рукавички в направлении от лобка к анальному отверстию);
- ополоснуть рукавичку в емкости с водой;
- раздвинуть половые губы и промыть область между половыми губами, промежность в направлении от лобка к анальному отверстию;
- ополоснуть лобок, половые губы, промежность пациентки;
- вытереть насухо лобок, половые губы, промежность пациентки в той же последовательности;
- вымыть, ополоснуть и высушить область анального отверстия в направлении от гениталий к анусу;
- убрать клеенку и салфетку;
- выстирать махровую рукавичку, вылить воду;
- ополоснуть емкость, снять резиновые перчатки, вымыть руки.

#### Уход за промежностью мужчины:

Подготовка к уходу такая же, как у женщин:

- взять одной рукой половой член, оттянуть крайнюю плоть, вымыть головку полового члена круговыми движениями намыленной рукавичкой в направлении от мочеиспускательного канала к периферии;
- смыть мыло с рукавички, прополоскать ее; ополоснуть и насухо промокнуть индивидуальным полотенцем головку полового члена в той же последовательности;
- вернуть крайнюю плоть в естественное положение; вымыть, ополоснуть и насухо вытереть остальные участки полового члена по направлению к лобку;
- помочь пациенту согнуть ноги в коленях и раздвинуть их;
- вымыть, ополоснуть и промокнуть насухо кожу мошонки;
- помочь пациенту повернуться набок, спиной к вам;
- вымыть, ополоснуть и насухо вытереть область анального отверстия;
- убрать клеенку и салфетку;
- выстирать махровую рукавичку;
- вылить воду и ополоснуть емкость;
- снять перчатки, вымыть руки.

### **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №6**

#### **БЕСЕДА ВРАЧА О ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, “ПРАВИЛАХ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ” С БОЛЬНЫМИ.**

#### **УХОД ЗА КОЖЕЙ, СЛИЗИСТОЙ И НОГТЯМИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ.**

**Госпитальная инфекция.** Госпитальная (нозокомиальная) инфекция – обуславливает развитие инфекционных заболеваний и осложнений, возникающих вследствие попадания в организм больничной микрофлоры во время пребывания больного в стационаре; включает также все случаи инфекционных заболеваний, развившихся в больнице, но обусловленных попаданием патогенной микрофлоры еще на догоспитальном этапе, и ятрогенные инфекции – развивающиеся непосредственно в результате медицинских манипуляций.

#### **Среди возбудителей внутрибольничной инфекции чаще встречаются:**

- Streptococcus aureus et pyogenus,
- Klebsiella pneumoniae,

- Enterobacter species,
- E. Coli,
- Proteus species,
- Candida albicans, вирусы.

**Источниками заражения могут быть:**

- больные,
- посетители,
- медперсонал учреждения.

**Госпитальная инфекция (внутрибольничная инфекция—ВБИ)** – более широкое понятие, объединяющее внутрибольничное заражение и заболевания, которые возникают в стационаре и обусловлены заражением не только в нем, но и до поступления в стационар.

В круг патологии, обозначенной как ВБИ, входят различные по своему характеру заболевания. К ним, прежде всего, относят:

1. инфекционные болезни, возникающие при нахождении больного в стационаре с какой-либо другой патологией;
2. заболевания медицинского персонала, полученные при уходе за больными;
3. «лабораторные» инфекции – гепатиты, брюшной тиф, паратифы и ВИЧ-инфекция, передающиеся при взятии крови у пациента на исследование;
4. ятрогенные инфекции, возникающие при выполнении инвазивных методов обследования и лечения.

**Большую группу ВБИ составляют:**

- раневые инфекции,
- инфекции бронхолегочной системы,
- инфекции мочеполовой системы,
- инфекции сосудистого русла и ряд других.

В структуре ВБИ хирургических стационаров ведущее место занимают *раневые инфекции* (послеоперационные гнойно-септические осложнения), *инфекции дыхательных путей* (бронхиты, пневмонии и др.) и *инфекции мочевыводящего тракта*.

**Основными путями передачи ВБИ являются:**

- воздушно-капельный (аэрозольный),
- контактно-бытовой,
- пищевой (алиментарный),
- искусственный (артифициальный).

**Особенности нозокомиальной инфекции:**

1. Возбудители госпитальной инфекции устойчивы к большинству антибиотиков и антисептиков;
2. Развитию госпитальной инфекции предрасположены лица со сниженной иммунобиологической резистентностью организма (вследствие болезни, перенесенной операции и др.);
3. В значительном числе наблюдений отмечается массовое инфицирование со сходной клинической симптоматикой одним штаммом микроорганизма.

**Профилактика госпитальной инфекции:**

**1. Выдача одноразового:**

- белья, полотенце, перчаток;
- обязательная дезинфекция матрацев, подушек, одеял;

**2. Гигиена медперсонала:**

- использование спецодежды,
- обязательная вакцинация,
- дезинфекция рук персонала перед прямым контактом с больным и после него,
- выявление носительства стафилококка;

**3. Организационные мероприятия:**

- разделение гнойных и чистых палат, отделений, операционных и оборудования;

- ограничение приема посетителей;
- контроль за использованием антибактериальных препаратов;
- контроль стерильности инструментов, перевязочного материала, рук хирурга, кожи, операционного белья;
- сокращение длительности лечения.

**Уход за кожей.** Наличие инфекционных очагов в зоне предполагаемого разреза служит противопоказанием для проведения плановой операции, а при экстренных неотложных вмешательствах значительно ухудшает прогноз.

Нередко, особенно у пожилых больных, в кожных складках, подмышечных впадинах и на промежности отмечаются дерматиты, вызванные грибковой флорой. В предоперационном периоде все эти процессы должны быть излечены путем проведения ежедневных гигиенических ванн, протирания пораженных складок кожи спиртом, припудривания присыпками, содержащими тонко размельченный нистатин или леворин.

Для профилактики пролежней у тяжелых больных необходимо каждые 4 часа менять положение их тела, с тем, чтобы одни и те же участки тела не подвергались длительному сдавливанию.

**Уход за ногтями.** Ногти коротко стригут маленькими ножницами, обработанными спиртом или 0,5% раствором хлорамина.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №7

### БЕСЕДА ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ, РАЗНОВИДНОСТЯХ.

#### ПОДАЧА БОЛЬНЫМ СУДНА, МОЧЕПРИЕМНИКА, И ИХ ОБРАБОТКА.



Лечащий врач всегда проводит беседу с пациентом перед операцией. Он расскажет об оперативном вмешательстве, для чего его необходимо проводить, расскажет о возможных рисках и осложнениях процедуры. Старайтесь заранее подготовить интересующие Вас вопросы, чтобы врач смог ответить на них во время беседы.

Также, накануне операции, анестезиолог проводит беседу с пациентом о предстоящей операции и о проведении анестезиологического пособия.

#### Диета перед операцией.

Как правило, соблюдать особый режим питания не требуется, если он заранее не был назначен врачом.

Однако, по международным рекомендациям ERAS доказано: если пациент истощён и его индекс массы тела (росто-весовой коэффициент, соотношение роста и веса) составляет менее 18,5 баллов, то показано усиленное

белково-углеводное питание в течение 7 дней перед операцией. Для

сильно истощенных пациентов усиленное питание показано за 14 дней до предполагаемой даты операции.

#### Голод перед операцией.

По последним международным рекомендациям, не следует принимать пищу за 12 часов перед операцией. Пить не стоит за 6 часов до начала операции.



## Приём препаратов перед операцией.



Если пациент получает регулярную терапию по поводу своего заболевания (заболеваний), стоит обсудить с врачом, какие препараты стоит пить или не пить до операции.

Как правило, препараты, влияющие на вязкость крови, отменяются за 7 дней до планируемого оперативного вмешательства.

Однако без согласования с врачом самостоятельно отменять назначенную терапию не стоит.

**Гигиена лежачего больного** заключается также в обеспечении его специальной



посудой для своевременного осуществления физиологических актов - опорожнения кишечника и мочеиспускания, задержка которых крайне негативно сказывается на физическом состоянии больного, прежде всего на нервной и сердечно - сосудистой системах, а также на психическом состоянии. Для опорожнения кишечника больным выделяют (по требованию) подкладное судно, а для мочеиспускания - мочеприемник.

Последний в чистом виде хранят обычно в палате под кроватью больного, чтобы он мог сам им воспользоваться (а для особо тяжелобольных - даже на отдельной тумбочке), прикрыв чистой салфеткой. Подкладные судна хранят в продезинфицированном виде в специальных шкафах или на полках в туалетной комнате.



Младшие медицинские сестры, обходят больных во время дефекации или мочеиспускания, работая в соответствующей одежде - клеенчатом или полиэтиленовом фартухе, резиновых или полиэтиленовых перчатках. Они подстилают больному под крестец и ягодицу клеенку (во время опорожнения) и на нее ставят подкладное судно. При мочеиспускании не нужно подкладывать под больного защитные водонепроницаемые салфетки. По окончании больным отправления сестра немедленно вынимает судно или мочеприемник и, прикрыв их клеенкой, уносит в туалет, где или сразу выливает в унитаз, или оставляет для осмотра врачом или дезинфицирует. После опорожнения эта же сестра подмывает больного, вытирает вокруг заднепроходного отверстия кожу, после чего вынимает из-под него клеенку. При отсутствии у больного самостоятельной дефекации ему ставят очистительную клизму. Эту процедуру выполняет медицинская сестра. После клизмы дефекация происходит при таком же санитарно – гигиеническом обеспечении, как и самостоятельная.

У больных, особенно мужчин преклонного возраста, после операции на брюшной полости часто бывает задержка мочеиспускания. В том случае, когда у больного есть позыв к мочеиспусканию, а мочу выпускать не удается более 6 ч, надо ввести в мочевой пузырь катетер, чтобы вывести ее. Но эту процедуру должен назначить врач. Однако в некоторых случаях и сама медицинская палатная сестра по просьбе больного может мягким катетером вывести мочу, особенно если в мочеиспускательном канале нет препятствий. При этом надо неукоснительно соблюдать правила асептики.

Младшие медицинские сестры помогая больным в осуществлении дефекации и мочеиспускания, пользуются клеенкой, фартуками и перчатками одноразового использования, которые после этого уничтожают.

Нужно отметить, что хотя большинство процедур по обеспечению гигиены больных, их постелей и белья исполняют младшие медицинские сестры (без специальной медицинского образования), их работа должна проводиться под непосредственным контролем и при участии медицинских сестер с медицинским образованием.

Важную роль в обеспечении качества ухода играют обучение своего дела младших сестер медицинскими сестрами со специальным образованием, уважительное отношение к ним со стороны последних и врачей, забота о них.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №8**

### **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРИ ВЕДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ НАЛИЧИИ КИШЕЧНОГО ИЛИ МОЧЕВОГО СВИЩА.**

Операция в хирургии – самое важное событие для больного. Все, что связано с оперативным вмешательством и влиянием обезболивания, принято обозначать как операционный стресс, а его последствия – как послеоперационное состояние или как послеоперационная болезнь. Такой стресс не только вызывается непосредственно операционной травмой, но и возникает в результате комплекса различных влияний: страха, возбуждения, боли, воздействия наркотических веществ, травмы, образования ран, воздержания от приема пищи, необходимость соблюдать постельный режим и др.

**Послеоперационный период** - промежуток времени от окончания операции до выздоровления больного или перевода его на инвалидность. Значение послеоперационного периода достаточно велико. Именно в это время больной нуждается в максимальном внимании и уходе. Основная цель послеоперационного периода – способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждение, своевременное выявление и борьба с возможными осложнениями.

При неосложненном послеоперационном периоде в организме происходит ряд функциональных изменений основных органов и систем. Это связано с воздействием таких факторов, как психологический стресс, боли в области послеоперационной раны, наличие некрозов и травмированных тканей в зоне операции, вынужденное положение пациента, переохлаждение, нарушение характера питания. При нормальном течении послеоперационного периода реактивные изменения, возникающие в организме, обычно выражены умеренно и длятся около 2-3 дней.

#### **Основными задачами послеоперационного периода являются:**

1. коррекция изменений в организме,
2. контроль функционального состояния органов и систем,
3. проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.

Организация послеоперационного ухода после плановых операций требует постоянного и квалифицированного наблюдения за больным.

В основе такого наблюдения лежит раннее выявление симптомов, свидетельствующих о неблагоприятном течении послеоперационного периода или о неадекватных ответных реакциях больного на лечебные действия, что позволяет предупредить возникновение различных осложнений.

Особое внимание обращают на функционально выгодное положение больного. Необходимо максимально расслабить мышцы в области послеоперационной раны. После операций на органах брюшной полости для этого используют полусидячее положение: приподнятый головной конец кровати. Ношение бандажа также уменьшает боли в ране, особенно при движении и кашле.

Уход за телом больного включает также протирание кожи 1-2 раза в день раствором камфорного спирта, при необходимости складки кожи присыпают тальком или детской присыпкой.

Важное значение имеет ранняя активизация больного: изменение положения тела в постели, выполнение пассивных и активных движений.

Уход за областью оперативного вмешательства включает контроль за правильным положением асептической повязки сверху раны, перевязки с соблюдением строгой асептики. Под перевязкой понимают лечебно-диагностическую процедуру, заключающуюся в снятии старой повязки, выполнении профилактических, диагностических и лечебных манипуляций в ране и наложении новой повязки.

**Общий уход за больными в раннем послеоперационном периоде включает:**

- контроль состояния больного;
- введение лекарственных препаратов согласно листу назначений;
- применение мочеприемников и судна для больных с постельным режимом;
- контроль отделяемого по дренажам;
- уход за катетером для отведения мочи;
- кормление, транспортировка больных;
- уход за кожными покровами, смена нательного и постельного белья;
- профилактика возникновения пролежней (изменение положения больного, обработка камфорным спиртом мест наиболее частого возникновения пролежней);
- контроль состояния операционной раны: обильное промокание повязки кровью, расхождение краев раны, выхождение органов брюшной полости в рану (эвентрация), обильное промокание повязки гноем, кишечным содержимым;
- контроль отделяемого по дренажам;
- обработка послеоперационных ран, асептические, мазевые повязки;
- в зависимости от характера оперативного вмешательства выполнение тех или иных манипуляций согласно назначению врача – уход за колостомой, активизация больного, зондовое питание и др.

Следует учитывать следующие деонтологические и психологические аспекты при уходе за пожилыми больными. При разговоре с больными часто отмечаются нарушения памяти с сохранением долговременной и снижением кратковременной памяти, снижение слуха, зрения, что вызывает не только трудности при опросе больных, но и необходимость контроля времени приема лекарственных препаратов.

**Уход за больными с гастростомой.** Гастростома (желудочный свищ) формируется для временного или постоянного питания через нее, когда прием пищи через рот невозможен – полная непроходимость пищевода при рубцовых сужениях или опухолях, проникающие повреждения пищевода.

В первые сутки после операции из-за того, что моторная функция желудка еще не восстановилась, для его компрессии наружный конец гастростомической трубки оставляют открытым и опускают в пустой флакон, расположенный ниже туловища больного. Длина наружной части гастростомической трубки должна быть не менее 20 см над кожей.

Измеряют количество и цвет выделенного желудочного содержимого. Потери из свища обычно не превышают и они должны быть возмещены внутривенным введением жидкостей и солевых растворов.

Как правило, через сутки эвакуаторная функция желудка восстанавливается, о чем свидетельствует резкое уменьшение выделений через свищ. После этого просвет трубки перекрывают и открывают только для кормления. Для этого трубку можно перегнуть и перевязать марлевой полоской или резиновым кольцом, которое применяют для закрепления бумажных колпачков на флаконах. Последний вариант предпочтительней первого, так марля быстро загрязняется и требует частой замены.

Просвет трубки можно закрывать плотно подогнанной резиновой пробкой, конец которой должен выступать из просвета трубки наружу, чтобы пробку при необходимости легко извлечь. Накладывание металлических зажимов на трубку нежелательно, поскольку они вызывают повреждение трубки и в холодный период времени причиняют неудобства.

При нарушении герметичности гастростомы происходит подтекание желудочного содержимого между трубкой и передней брюшной стенкой. Желудочный сок, содержит соляную кислоту и протеолитические ферменты, при попадании на кожу в течение 2-3 ч

приводит к развитию ферментативного дерматита. Последний проявляется покраснением и отеком кожи, образованием небольших изъязвлений. Возникают мучительные изнуряющие боли.

При развившемся дерматите воспаленный участок кожи смазывают цинковой мазью, пастой Лассара, 10% водным раствором танина, припудривают порошками сухого танина, талька, гипса. Повязку на эту область не накладывают, оставляя открытой для подсушивания воздухом. Рядом с постелью больного оставляют стерильные марлевые шарики, которыми сразу же промокают отделяемое из стомы. Если же накладывать повязку, то она быстро пропитается желудочным соком и будет способствовать усугублению признаков дерматита.

При наложении паст и защитных кремов на кожу необходимо следить, чтобы они плотно прилегли к кожным покровам, не оставляя возможности затекания под них желудочного содержимого. Последующие повязки будут заключаться в удалении отторгнувшихся участков паст и нанесении новых. Плотно фиксированные участки паст не удаляются.

При неэффективности этих мер герметичности гастростомы иногда удается достигнуть применением различных obturаторов – устройств, со здающих соответствие между гастростомической трубкой и свищевым отверстием.

Простейшее из них – вокруг трубки обвязывается полоска поролона, увеличивающая диаметр трубки до необходимого размера.

При выпадении гастростомической трубки из свищевого хода наружу ее необходимо немедленно ввести обратно в просвет желудка.

Если этого не сделать, свищевой ход через несколько часов изменит свое направление из-за сокращения составляющих его тканей.

Введение гастростомической трубки процедура врачебная.

Предварительно с помощью изогнутого длинного зажима (корнцанга) исследуют направление свищевого хода, после чего вводят выпавшую гастростомическую трубку.

При этом необходимо соблюдать осторожность, чтобы не сделать ложного хода и не ввести трубку в свободную брюшную полость.

Если необходима замена трубки, то предварительно нужно приготовить новую, подвергнув ее стерилизации в автоклаве или дезинфекции кипячением, или в растворе химического антисептика.

**Уход за концевой илеостомой.** Ее формируют после тотального удаления толстой кишки у больных с полипозом или неспецифическим язвенным колитом. Терминальный отдел подвздошной кишки выводится на кожу в правой подвздошной области.

Уход за такими больными заключается в собирании тонкокишечного содержимого, профилактика ферментативного дерматита, подборе диеты, предотвращающей значительные потери кишечного содержимого, дефицит солей и витаминов. Количество кишечного содержимого, выделяемого через свищ, обычно значительно и составляет до 1,5-2 л в сутки, имеет кашицеобразную консистенцию. При попадании на кожу оно в течение часа приводит к ее покраснению, а через 3-4 ч – эксфолиациям. Кроме мер защиты кожи от действия протеолитических ферментов тонкой кишки, назначают сухоедение, специальную диету, парентеральное питание, лекарственные препараты.

Сухоедение – это прием пищи густой консистенции, ограничение суточного количества жидкости, прием жидкости через рот за 30 мин -1 ч до еды или после нее. Назначаются продукты, которые уменьшают количество выделений из свища – рисовая каша, рисовый отвар, картофель, макаронные изделия, белый хлеб, яблочный сок. Запрещаются или ограничиваются продукты, которые увеличивают выделения из свища – свежие фрукты и овощи, острая пища со специями, хлеб грубого помола, чернослив, фруктовые соки, пиво, алкоголь, шоколад и напитки содержащие кофеин. Раздражение кожи вокруг свища могут вызвать: прием цитрусовых, свежие яблоки, горох, сельдерей, орехи, сладкая кукуруза, кокос. При значительных выделениях свища иногда приходится ограничить прием через рот жидкости и пищи. Компенсировать эти ограничения необходимо внутривенным введением солевых растворов, белковых препаратов, жировых эмульсий (парентеральное питание).



**Уход за колостомой.** Свищ толстой кишки (колостома) формируется:

1. для отведения газов и кала при толстокишечной непроходимости преимущественно опухолевой этиологии (перед препятствием);
2. после полного удаления прямой кишки по поводу опухолевого процесса и невозможности низведения сигмовидной кишки на промежность.

Толстокишечный свищ может быть одноствольный и двухствольный.

Из свища слепой кишки (цеколостома) обычно вытекает жидкое содержимое, а из нижних отделов толстой кишки сформированный кал. Раздражение кожи (дерматит) наступает лишь при свище слепой кишки, так как в содержимом присутствуют ферменты тонкой кишки.

На 3-5-е сутки после операции обычно восстанавливается перистальтика кишечника. С этого времени защита операционной раны от кишечного содержимого осуществляется с помощью калоприемника.

Больным с колостомой необходимо наладить регулярное опорожнение кишечника, по возможности в одно и то же время. Это достигается с помощью диеты, медикаментозных средств, клизм. Наиболее оптимально, чтобы дефекация происходила порционно 1-2 раза в сутки. Если каловые массы выделяются чаще и в разжиженном виде, больного переводят на закрепляющую диету. В нее входят белый хлеб из муки мелкого помола, рис, сливочное масло, творог, картофельное пюре, сахар, мясо.

Исключаются продукты, обладающие послабляющим действием – хлеб из муки грубого помола, сырые фрукты, овощи, молоко, свежий кефир, мед.

При задержке стула используют слабительные растительного происхождения (лист сены, кора крушины, отвар укропа), а чаще всего ставят клизму. Предварительно в свищ вводят палец в перчатке, смазанной вазелином. Определяют направление приводящей петли кишки, куда затем направляют наконечник груши или резиновой трубки. Для послабляющего эффекта вводят 500-600 мл воды или 100-150 мл 10% раствора поваренной соли, или 200 мл вазелинового масла.

Для устранения неприятного запаха, выделяющимся из кишки газами, необходимо использовать калоприемники с фильтром, применять диету, предотвращающую газообразование, дезодоранты. Увеличивают выделение газов пиво, минеральная вода, газированные напитки, молочные продукты, свежие овощи, лук, сухая фасоль. При повышенном газообразовании, кроме исключения этих продуктов, назначают активированный уголь по 0,25-0,3 г 3 раза в сутки.

**Виды калоприемников.** Калоприемник – устройство для сбора выделений из илеостомы или колостомы.

Калоприемники бывают самоклеящиеся и фиксируемые к телу пациента с помощью пояса.

Существует три типа самоклеящихся калоприемников: однокомпонентный, двухкомпонентный (прозрачный или матовый) и мини-калоприемники.

Кроме того, для закрытия наружного отверстия свища используется колпачок для стомы.

Однокомпонентный калоприемник – это мешочек с жестко прикрепленной к нему клеящейся пластиной, с помощью которой он фиксируется к коже.

Двухкомпонентный калоприемник состоит из двух частей – мешочка и клеящейся пластины. Вначале приклеивается к коже пластина, выполняющая функцию «второй кожи», а к ней – мешочек.

Мини-калоприемник устроен по типу однокомпонентного калоприемника, но с мешочком, значительно меньшим в размерах.

Самоклеящиеся калоприемники являются одноразовыми.

Они бывают дренируемыми и недренируемыми.

Дренируемые калоприемники опорожняют по мере наполнения мешочка по несколько раз в течение суток путем закрытия запирающего устройства, расположенного в области дна мешочка.

Через запирающее устройство проводят промывание мешка без снятия его со стомы проточной водопроводной водой или с помощью груши.

Дренируемый самоклеящийся калоприемник предназначен для однократного использования в течение 3-6 дней.

Смена недренируемого калоприемника производится многократно после достаточного заполнения его кишечным содержимым.

Уход за цистостомой, алгоритм

**Уход за цистостомой (эпистостомой).** Цистостома - надлобковый свищ мочевого пузыря - накладывается пациентам с ранениями мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, гипертрофией предстательной железы, а также пациентам с нарушением функций тазовых органов при повреждении спинного мозга.

**Цель.** Предупреждение воспаления кожи вокруг цистостомы.

**Показания.** Ежедневно после промывания мочевого пузыря.

**Оснащение.** Раствор фурацилина 1:5 000, нитрата серебра 1:5 000 или калия перманганата бледно-розового цвета; 3 % раствор перекиси водорода; 96% спирт; шприц Жане; стерильный пинцет; стерильные ватные шарики и марлевые салфетки; мочеприемник; водяная баня; контейнер для мочи; лейкопластырь или специальный пояс с отверстием; резиновые перчатки.

Техника выполнения ухода за цистостомой

Через свищ проводят и оставляют в мочевом пузыре катетер Пещера или Малек, имеющий расширение на конце, препятствующее его выпадению. Манипуляцию выполняют в перчатках.

1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл.
2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пещера.
3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.
4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.
5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.
6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.
7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.
8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или биндажом.



Уход за цистостомой

**Примечание.** Для лучшего оттока мочи через цистостому (эпистостому) рекомендуется поворачивать пациента со спины на бок, если он сам не может повернуться.

---

**Возможно заинтересует:**

- Мазок из зева и носа, техника выполнения
- Сбор мокроты для исследований

- Взятие кала на скрытую кровь
- Взятие кала на бактериологическое исследование
- Взятие кала для копрологического исследования

#### Советуем прочитать:

- Уход за колостомой, алгоритм
- Уход за гастростомой, алгоритм
- Уход за трахеостомой, алгоритм
- Дуоденальное зондирование техника
- Желудочное зондирование, техника выполнения

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №9

### ЗНАЧЕНИЕ БЕСЕДА ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ О НАРКОЗЕ, ВИДАХ НАРКОЗА, ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯХ.

#### УХОД ЗА ПОЛОСТИ РТА И НОСОВЫХ ПАЗУХ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ.

**Нарко́з** (др.-греч. νάρκωσις — онемение, оцепенение; **синонимы**: общее обезболивание, общая анестезия) — искусственно вызванное обратимое состояние торможения центральной нервной системы, при котором возникает сон, потеря сознания и памяти (амнезия), расслабление скелетных мышц, снижение или отключение некоторых рефлексов, а также пропадает болевая чувствительность (наступает общее обезболивание). Всё это возникает при введении одного или нескольких общих анестетиков, оптимальная доза и комбинация которых подбирается врачом-анестезиологом с учётом индивидуальных особенностей конкретного пациента и в зависимости от типа медицинской процедуры.

Состояние наркоза характеризуется обратимым угнетением ЦНС с выключением сознания, подавлением чувствительности (в первую очередь, болевой) и рефлекторных реакций, снижением тонуса скелетных мышц. Средства для наркоза угнетают межнейронную (синаптическую) передачу возбуждения в ЦНС. При этом нарушается передача афферентных импульсов, изменяются корково–подкорковые взаимоотношения, функция промежуточного, среднего, спинного мозга, что и обуславливает развитие наркоза. Синаптическое образование разных уровней ЦНС и различной морфофункциональной организации неодинаково чувствительны к средствам для наркоза. Этим объясняется стадийность действия средств для наркоза.

#### Содержание

- 1Клиническое применение
- 2О термине
- 3История
- 4Классификация наркоза
- 5Виды наркоза
- 6Течение наркоза
  - 6.1Стадии наркоза
  - 6.2Контроль наркоза
  - 6.3Выход из наркоза
- 7Осложнения наркоза
- 8Абсолютные противопоказания для наркоза
- 9Действие наркоза на детский организм
- 10Некоторые вещества для наркоза
- 11См. также
- 12Литература

- 13Примечания
- 14Ссылки

### Клиническое применение

Главная цель наркоза — замедление реакций организма на оперативное вмешательство, прежде всего ощущения боли. При этом медикаментозный сон, с которым чаще всего и ассоциируется понятие «наркоз», является лишь одним компонентом наркоза. При проведении наркоза также важно подавление или значительное снижение выраженности вегетативных (автоматических) реакций организма на хирургическую травму, которые проявляются увеличением частоты сердечных сокращений (тахикардия), повышением артериального давления (артериальная гипертензия) и другими явлениями, которые могут иметь место даже при выключенном сознании. Это подавление вегетативных реакций называется обезболиванием или анальгезией. Третий компонент наркоза — миорелаксация, или расслабление мышц, необходимое для обеспечения нормальных условий для работы хирургов.

Боль и борьба с нею — это главный приоритет: не будет боли — не запустятся физиологические (в контексте боли — принимающие патологическое значение) механизмы защиты. Это главная задача анестезиолога: не допустить такого развития событий.

1940—1950-е годы. Доктор Василий Веселаго (Франция) делает наркоз.

### О термине

Под термином «наркоз» понимается именно общее обезбоживание организма. Когда говорят о локальном (местном) обезболивании употребляется термин «местная анестезия» или местное обезбоживание (при этом прилагательное «местный» часто опускается). Краеугольным камнем данного вида обезбоживания является именно *выключение сознания* (narcosis — засыпание), именно поэтому термины «наркоз» и «анестезия» имеют абсолютно разные значения.

### История

Первые обезболивающие средства изготавливались из различных растений (опия, конопли, белены, цикуты и пр.) в виде настоев или отваров, а также «сонных губок». Губки пропитывались соком растений и поджигались. Вдыхание паров усыпляло больных. В XIII веке испанец Р. Луллий открыл эфир, в 1540 Парацельс описал его обезболивающие свойства.

Во второй половине января 1845 года в бостонской клинике (США) стоматолог Хорас Уэллс впервые выступил с рассказом о своем открытии особого свойства "веселящего газа", позволявшего безболезненно проводить хирургические операции. В те времена мало кто верил в возможность избавить пациентов от мучительной боли, сопровождавшей любое хирургическое вмешательство. Поэтому публика, присутствовавшая при выступлении Уэллса, была настроена крайне скептически. Однако Уэллс и его ученик Мортон были полны энтузиазма. После небольшого вступления Уэллс приступил к демонстрации нового метода на примере удаления зуба. Стать пациентом тогда отважился один из вольных слушателей, грузный мужчина с красным лицом. «Из своего портфеля Уэллс вынул несколько зубо-врачебных инструментов и уложил их рядом с операционным столом, приведенным в согнутое положение. Затем он попросил незнакомца занять на нем место и зажать в зубах резиновую грушу, а сам начал выкручивать прикрепленный к ней деревянный кран.» Через несколько мгновений голова незнакомца закатилась и он перестал двигаться. Тогда Уэллс взялся за щипцы. Первое время пациент был неподвижен и ничего не чувствовал, и Уэллс уже смог установить щипцы на больной зуб. За последовавшим резким рывком раздался громкий вопль незнакомца. Наркоз перестал действовать. Вероятно, следовало учесть большую массу тела пациента и немного увеличить дозу газа, но было уже поздно. Демонстрация состоялась и завершилась фиаско. Уэллс был в замешательстве, а публика осмеяла его и выставила шарлатаном. Судьба сыграла с исследователем злую шутку. Никто не заметил тогда, как человек, в дальнейшем признанный первым, кто продемонстрировал безболезненную операцию, Мортон, покинул зал бостонской больницы, оставив своего

учителя Уэллса наедине со своей неудачей. А уже меньше чем через год 16 октября 1846 года в той же самой бостонской клинике Уильям Томас Грин Мортон провёл «первую» публичную демонстрацию эфирного наркоза при операции удаления подчелюстной опухоли. И возымел громкую славу. А забытый всеми Хорас Уэллс спустя всего два года, в 1848, покончил жизнь самоубийством, вдохнув хлороформ и сделав глубокий надрез в месте прохождения бедренной артерии. Это был первый, и, по видимости, единственный случай суицида под наркозом.<sup>[1]</sup>

В России эфирный наркоз был впервые применён 7 февраля 1847 года Ф. И. Иноземцевым, а 14 февраля русский учёный и врач Николай Иванович Пирогов впервые применил его для обезболивания при операции.

В 1847 году шотландский акушер Дж. Симпсон впервые использовал хлороформ для наркоза во время приёма родов.

В конце XX века для наркоза начали использовать ксенон.

#### Классификация наркоза

---

- По факторам, влияющим на нервную систему при общем обезболивании: основным видом наркоза является фармакодинамический наркоз (использование одного или нескольких фармакологических препаратов). Выделяют также электронаркоз (действие электрическим полем) и гипнонаркоз (воздействие гипнозом). Однако их применение крайне ограничено.

- По количеству используемых препаратов:

- Мононаркоз — использование одного средства для наркоза.

- Смешанный наркоз — одновременное использование более двух препаратов.

- Комбинированный наркоз — использование на протяжении операции различных средств для наркоза или сочетание их с веществами, избирательно действующими на некоторые функции организма (миорелаксанты, анальгетики, ганглиоблокаторы).

В последнем случае наркоз называют многокомпонентной анестезией.

- По применению на различных этапах операции:

- Вводный наркоз — кратковременный, быстро наступающий без фазы возбуждения наркоз. Используют для быстрого усыпления больного, а также для уменьшения количества основного наркотического вещества.

- Поддерживающий (главный, основной) наркоз — общая анестезия, применяемая на протяжении всей операции. Если к основному наркозу добавляют другое вещество, такой вид обезболивания называют дополнительным.

- Базисный наркоз (базис-наркоз) — вид общей анестезии, при котором до или совместно со средством главного наркоза вводят анестетическое средство для снижения дозы основного наркотического препарата.

#### Виды наркоза

ингаляционный — введение препаратов осуществляют через дыхательные пути. В зависимости от способа введения газов различают:

масочный, эндотрахеальный и эндобронхиальный.

- парентеральный (внутривенный, внутривенный с ИВЛ, внутримышечный, ректальный и др.);

- комбинированный наркоз (обезболивание достигается последовательным применением различных наркотических средств и способов их введения).

В зависимости от того, что происходит во время наркоза с дыханием больного, различают наркоз со спонтанным (самостоятельным) дыханием и с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Второй вариант обычно требует интубации трахеи (в дыхательные пути вводится специальная трубка, после того как больной засыпает) или применения других методов, обеспечивающих возможность вдуть воздух, кислород или газовые смеси в легкие больного при помощи аппарата ИВЛ или специального мешка.

#### Течение наркоза

---



## Наркозный аппарат.

### **Стадии наркоза**

В современной анестезиологии используются значительно более безопасные препараты, обеспечивающие плавный ввод (индукцию) и выход из наркоза. Анестезиолог использует препараты разных групп одновременно (бензодиазепины, барбитураты, пропофол, ингаляционные анестетики), нивелируя возбуждение и дискомфорт пациента. При этом стадийность наркоза не выражена клинически и может быть выявлена только при применении средств расширенного мониторинга (ЭЭГ, тренд АД).

С академической целью принято выделять следующие стадии «классического» эфирного мононаркоза:

- I — стадия анальгезии;
- II — стадия возбуждения;
- III — стадия хирургического наркоза:
  - 1-й уровень (III) — поверхностный наркоз,
  - 2-й уровень (III) — лёгкий наркоз,
  - 3-й уровень (III) — глубокий наркоз,
  - 4-й уровень (III) — сверхглубокий наркоз:
- IV — агональная стадия.

Каждая стадия имеет свои особенности и обусловлена вовлечением в торможение определенных структур головного и спинного мозга.

Для первой анальгетической стадии характерно внешне выраженное состояние оглушения. Пациент находится как бы в оцепенении или проявляет некоторое беспокойство. Дыхание глубокое и ритмичное, пульс учащен, движение глазного яблока произвольное. Тонус мышц остается прежним или несколько повышен. Рефлексы сохранены. Болевые ощущения притупляются или исчезают, тогда как тактильная и температурная рецепции не нарушены.

Анальгезия развивается в связи с выключением центров болевой чувствительности в стволовой части ретикулярной формации и зрительных буграх, тогда как биоэлектрическая активность коры мозга даже повышается.

Продолжение поступления средства влечет за собой углубление его действия и наступает вторая стадия — двигательное возбуждение. Оно проявляется повышением тонуса скелетных мышц, беспорядочными сокращениями конечностей, попытками встать или некоординированными перемещениями в пространстве. Дыхание и пульс неравномерны. Кровяное давление повышено. Наблюдается «блуждание» глазных яблок. Зрачок расширен. Усиливается секреция слюнных, слезных, бронхиальных и потовых желез. Частое глотание. На этом фоне наблюдается углубление анальгезии. Возможны мочеиспускание, рвота, рефлекторная остановка дыхания, фибриляция желудочков сердца и даже смерть.

По мере усиления действия наркозного средства наступает третья стадия — хирургического наркоза. В анестезиологии эту стадию разделяют на 4 уровня:

**1. Поверхностный наркоз.** Полностью исчезает болевая и тактильная чувствительность. Прекращается глотание. Роговичный рефлекс (смыкание век на притрагивание волоском к роговице) исчезает. Глазные яблоки отклоняются в эксцентричном положении, зрачки сужаются. Дыхание глубокое, ритмичное, храпящее из-за расслабления голосовых связок. Кровяное давление стабилизируется, пульс учащен. Скелетные мышцы не расслаблены. Сохранены рефлексы анального сфинктера, а также висцеро-висцеральные на растягивание брюшины и брыжейки.

**2. Легкий наркоз.** Глазные яблоки устанавливаются в центральном положении. Зрачки сужены и слабо реагируют на свет. Скелетные мышцы расслаблены, но не полностью. Потеря рефлекса на растягивание брюшины. Дыхание и пульс ритмичны. Можно делать поверхностные операции.

**3. Полный наркоз.** Дыхание ровное, поверхностное, учащающееся при добавлении к вдыхаемому воздуху CO<sub>2</sub>. Пульс ритмичный, но его наполнение уменьшается, кровяное давление снижено. Рефлексы с поверхности и полостей тела не проявляются, зато сохраняются с аортальной и синокаротидных зон, обеспечивая функционирование центров дыхания и кровообращения. Можно вызвать ослабленные рефлексы мочевого пузыря и прямой кишки. Зрачки глаз начинают расширяться. Скелетные мышцы расслаблены, возможны западение языка, если он не фиксирован, и асфиксия из-за закрытия им прохождения воздуха в гортань.

**4. Сверхглубокий наркоз** — состояние на грани жизни и смерти. Дыхание поверхностное, толчкообразное, диафрагмальное. Пульс слабый, малого наполнения, кровяное давление низкое. Цианоз слизистых оболочек. Движения глазных яблок не проявляются и они находятся в обычном положении, роговица сухая, зрачок расширен.

#### **Контроль наркоза**

Контроль за состоянием пациента в наркозе осуществляют с помощью наблюдения за пульсом, артериальным давлением (измеряемым вручную или автоматически, прямым и непрямим методами), непрерывной регистрацией ЭКГ, содержанием кислорода в крови (наблюдая за цветом кожных покровов и слизистых оболочек, с помощью пульсоксиметра или анализа крови), температурой «ядра» и поверхности тела, реакцией зрачков, скоростью диуреза, анализами крови на газы, электролитный состав и кислотно-основное состояние.

Ингаляционный наркоз поддерживают на нужном уровне специальными устройствами (испарители, ротаметры), дающими возможность точно регулировать концентрацию паров жидких (парообразующих) анестетиков или газообразных средств для наркоза в дыхательной смеси. Наркозно-дыхательные аппараты позволяют контролировать различные параметры ИВЛ, а современные анестезиологические мониторы — концентрацию газов (кислород, закись азота, углекислый газ и пары анестетика) во вдыхаемом и выдыхаемом газе.

#### **Выход из наркоза**

Выход из наркоза или пробуждение — не менее ответственный этап, чем вводный наркоз и поддержание наркоза. Во время выхода из наркоза у больных восстанавливаются рефлексы, однако постепенно, и некоторое время они могут быть неадекватны. С этим связано возникновение ряда осложнений наркоза, что заставляет анестезиологов продолжать наблюдение за больным и после окончания операции.

#### **Осложнения наркоза**

Осложнения наркоза<sup>[21]</sup> (анестезии) — потеря контроля над наркозом, которая создает угрозу жизни и здоровью больного. Чаще всего осложнения возникают на этапе вводного наркоза.

Выделяют следующие виды осложнений:

- Нарушение дыхательных функций (гипоксия).
  1. Гиперкапния — накопление углекислого газа. Повышается артериальное давление, появляются экстрасистолы, замедленное пробуждение после операции, возможен отек — набухание мозга;
  2. Нарушение свободной проходимости дыхательных путей — западение языка, инородные тела и кровь, слизь, мокрота, слюна;
  3. Ларингоспазм — спазм гортани, характеризующийся смыканием голосовых связок;
  4. Бронхоспазм — спазм бронхов и повышенное выделение мокроты;
  5. Аспирация желудочного содержимого (рвота) — для профилактики регургитации и аспирации на вводном наркозе в некоторых случаях применяют метод Селлика.
- Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.
  1. Артериальная гипотензия — снижение давления;
  2. Артериальная гипертензия — наоборот повышение давления (часто случается из-за волнения перед операцией);
  3. Нарушения нормального темпа и ритма сердца (тахикардия, брадикардия, аритмия);
  4. Острый инфаркт миокарда;

5. Отёк лёгких;
6. Тромбоэмболия лёгочной артерии – встречается в анестезиологической практике нечасто, но высока вероятность летального исхода.
  - Другие осложнения:
    1. Острая надпочечниковая недостаточность – лечится большими дозами гормонов;
    2. Передозировка анальгетиков;
    3. Нарушение терморегуляции – наркоз делает организм более уязвимым к внешним температурным влияниям, чем обычно, поэтому возможно возникновение гипер-или гипотермии при изменении условий теплоотдачи или теплообразования;
  - 4. Икота;
  - 5. Аллергические реакции (вплоть до анафилактического шока - в особо тяжелых случаях);
  - 6. Интранаркозное пробуждение — пробуждение во время хирургической операции. Может быть не замечено анестезиологом. В различных случаях пациент может испытывать болевые ощущения, слышать звуки, а также запоминает происходящие с ним события (во время операции). Интранаркозное восстановление сознания является осложнением анестезии, не несущее непосредственной угрозы жизни человека, однако могущее вызвать психологические проблемы, вплоть до психических расстройств.

#### Абсолютные противопоказания для наркоза

Абсолютных противопоказаний для проведения общей анестезии нет. Если пациенту необходимо по жизненным показаниям оперативное вмешательство, то оно должно быть выполнено под общей анестезией. Перечисленные противопоказания могут считаться абсолютными при проведении любых разновидностей местной анестезии, либо при проведении плановых оперативных вмешательств под общей анестезией.

- Наличие гормонозависимых заболеваний
- Декомпенсированная патология внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов)
- Декомпенсированная патология эндокринной системы
- Нарушения сердечного ритма независимо от причины
- Тяжелая форма бронхиальной астмы
- Состояние после перенесенного инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения до 6 месяцев
- Острое алкогольное или наркотическое опьянение
- Полный желудок (уже не является абсолютным противопоказанием, так как может проводиться так называемая Быстрая индукция (англ.)русск. — Rapid Sequence Induction, RSI)

#### Действие наркоза на детский организм

Долгое время считалось, что воздействие наркоза в раннем детском возрасте впоследствии может неблагоприятно сказываться на некоторых функциях центральной нервной системы. Однако в 2016 году было опубликовано исследование, которое провели ученые из Колумбийского университета. Они пришли к заключению, что наркоз не наносит вреда когнитивной системе детей в возрасте до трех лет<sup>[31]</sup>.

#### Некоторые вещества для наркоза

Перечислены в порядке истории их открытия и применения:

- Этиловый спирт
- Закись азота (Dinitrogen oxide)
- Диэтиловый эфир
- Хлороформ
- Гидроксидиона натрия сукцинат
- Фторотан
- Кетамин
- Изофлюран<sup>[en]</sup>



- Севофлюран<sup>[en]</sup>
- Ксенон
- Пропофол
- Десфлюран
- **Уход за полостью носа.** Если больной слаб и не может освобождать носовые ходы самостоятельно, ухаживающий должен ежедневно удалять образовавшиеся корочки.
- Для этого в носовые ходы вращательными движениями осторожно вводят турунды, смоченные в вазелиновом масле, глицерине или любом масляном растворе и оставляют на 2-3 минуты, после чего вращательными движениями удаляют, извлекая с ними содержимое носа.
- Пациенту предлагают высморкаться в салфетку.
- При заложенности носа предварительно можно закапать 2-3 капли адреналина или другого сосудосуживающего средства.
- **Уход за полостью рта.** У больных, не имеющих возможности самостоятельно ежедневно чистить зубы и полоскать рот, необходимо регулярно осуществлять санацию полости рта.
- Больному придают удобное положение полусидя или поворачивают набок; на грудь стелят клеенку и прикрывают ее пленкой; на колени ставят лоток.
- Салфеткой, зажатой в корнцанге и обильно смоченной в одном из растворов, движениями слева направо и сверху вниз обрабатывают зубы.
- Шпателем отодвигают корень языка книзу, обрабатывают глотку и язык.
- Если больной находится в сознании, ему предлагают сплюнуть раствор в лоток, дают воды прополоскать рот и повторяют процедуру.
- Если больной без сознания – осушают полость рта и глотки салфеткой.
- Во всех случаях смазывают губы, язык и глотку маслом (растительное, облепиховое, шиповниковое и др.).
- Если пациент не может выдвинуть язык – салфеткой берут за его кончик, вытягивают и проводят процедуру в полном объеме.
- После каждого кормления больного ватным шариком, зажатым пинцетом или корнцангом, смоченным слабым раствором перманганата калия, борной кислоты, соды или кипяченой водой, удаляют остатки пищи со слизистой оболочки рта, зубов.
- Марлевым тампоном протирают язык, зубы, после чего больной прополаскивает рот. Можно также промывать полость рта в положении сидя при помощи шприца без иглы, резинового баллона.
- Съёмные зубные протезы на ночь снимают, моют с мылом и хранят в стакане с водой.
- Для полоскания полости рта используют растворы соды (натрия гидрокарбоната), двууглекислого натрия, борной кислоты, перекиси водорода (раствор не более 3%), перманганата калия (1:1000) и минеральную воду. Температура жидкостей, используемых для полоскания, должна быть 20-40 °С, больному дают специальную посуду для сплевывания.
- Слизистую оболочку полости рта и язык протирают кусочком марли, смоченным в 1% раствором буры с добавлением глицерина или настоя ромашки.
- Кроме промывания могут применяться аппликация и орошение.
- Аппликация- накладывание стерильных марлевых салфеток на 3-5 минут, смоченных в дезинфицирующем растворе фурацилина. Эту процедуру повторяют несколько раз в день.
- Орошение производят с помощью кружки Эсмарха или шприца Жане.
- В полусидящем положении на грудь больного накрывают клеенку, в руки больному дают лоток, который он держит около подбородка для отекания промывной жидкости.
- Отодвигая шпателем или ручкой ложки поочередно, то левую, то правую щеку, ухаживающий вводит наконечник и орошает полость рта.
- Кружка Эсмарха должна находиться на расстоянии 1 метра выше головы больного.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №10

### ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО СО СТОРОНЫ ВРАЧА.

#### УХОД ЗА ГЛАЗАМИ И УШАМИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ.

#### I. Госпитализация

**А. Организация.** При плановой госпитализации хирургического больного задачи приемного отделения сведены к минимуму. Изменения, которые произошли в системе финансирования медицинских учреждений, вывели на первый план организацию предоперационного обследования. Анализы, инструментальные исследования и консультации специалистов проводят на амбулаторном этапе лечения. Врачу приемного отделения остается проверить наличие всех необходимых документов и ознакомить больного с правилами пребывания в больнице.

При экстренной госпитализации больные обычно находятся в тяжелом или критическом состоянии, требующем неотложного хирургического вмешательства. До постановки диагноза и принятия решения об операции действуют правило «ничего внутрь» и запрет на применение болеутоляющих средств. Многим больным нужны инфузионная терапия для лечения водно-электролитных нарушений (см. гл. 13, пп. III и IV) и антибиотики для борьбы с инфекцией (см. гл. 22).

**Б. Заполнение истории болезни.** Чтобы ничего не упустить, при оформлении документации следует придерживаться определенного порядка. Многие больницы перешли на автоматизированное ведение истории болезни. Компьютеры позволяют избежать неразборчивости и неопределенности, которой страдают рукописные записи, и упрощают контроль за выполнением назначений, особенно если все подразделения больницы (в частности, аптека и рентгенологическое отделение) связаны единой компьютерной сетью. В этих условиях от каждого врача требуется умение работать на компьютере. В историю болезни вносят следующую информацию:

**1. Отделение,** в которое будет помещен больной; лечащий врач.

**2. Диагноз** при поступлении; общее состояние; при плановой госпитализации — планируемая операция.

**3. Диета.** Назначая диету, учитывают следующие обстоятельства:

**а. Способность жевать и глотать.** Отсутствие зубов, болезни пародонта и челюстей, опухоли и воспалительные заболевания ротоглотки диктуют необходимость в мягкой, протертой или жидкой пище.

**б. Внутренние болезни.** Для больных сахарным диабетом нужна сбалансированная диета (точный расчет калорийности и соотношения белков, жиров, углеводов). При артериальной гипертензии и болезнях сердца нужна низкосолевая диета; при заболеваниях поджелудочной железы и желчных путей — диета с низким содержанием жиров. При тяжелых заболеваниях печени ограничивают поступление белков; при болезнях почек — поступление натрия, калия и жидкости.

**в. Привычки и вероисповедание больного.** Недопустимо, чтобы во время пребывания в больнице человек оставался голодным только из-за того, что блюда общего стола неприемлемы для него по религиозным или этическим соображениям.

**г. Питательный статус.** Больным с ожирением назначают общий стол. Относительно короткий период пребывания в больнице — не время для лечебных диет, направленных на похудание. Перед выпиской следует организовать консультацию специалиста-диетолога и рекомендовать амбулаторное лечение. Истощенные больные требуют особого внимания. Чаще всего истощение является результатом тяжелой хронической болезни, и полное восстановление питательного статуса вряд ли возможно. Однако дополнительное питание на протяжении 1—2 нед позволяет существенно улучшить состояние больного перед операцией, снизить риск осложнений и летальность. Продукты с высокой белково-

энергетической ценностью можно ввести в рацион или назначить энтеральное (зондовое) питание. Некоторым больным требуется полное парентеральное питание (см. гл. 14, п. III). Особое внимание следует обратить на авитаминозы, дефицит микроэлементов. Водорастворимые витамины группы В и витамин С необходимы для нормального обмена веществ и заживления ран. Из жирорастворимых витаминов наиболее важен витамин К, который участвует в синтезе ряда факторов свертывания. Дефицит микроэлементов вызывает самые разнообразные последствия — от нарушения толерантности к глюкозе до плохого заживления ран. Истощенным больным необходима консультация диетолога или специалиста по искусственному питанию.

д. Объем планируемой операции и ее влияние на функцию ЖКТ.

**4. Режим** назначают с учетом состояния больного, рекомендуя максимально возможный объем движений. Неподвижность увеличивает риск тромбоза, эмболии, пневмонии, пролежней.

**5. Основные физиологические показатели:** температура, ЧСС, частота дыхания, АД. Частота измерений зависит от тяжести состояния больного.

**6. Аллергия.** Отмечают все пищевые продукты и лекарственные средства, которые вызывают аллергические реакции.

**7. Прикроватные исследования** (взвешивание; регистрация диуреза и объема вводимых жидкостей; оценка неврологического статуса; измерение окружности живота; определение глюкозы, ацетона и удельного веса мочи) назначают по мере необходимости. Отмечают потребность в следящих устройствах (кардиомонитор и т. п.).

**8. Специальные указания для палатной сестры:** меры предосторожности против эпилептических припадков, попыток самоубийства; необходимость в карантине, фиксации, ограничении свободы больного и т. п.; инструкции по уходу за ранами, язвами, стомами и т. д.; оборудование, которое нужно хранить на прикроватном столике (например, инструменты для трахеостомии).

**9. Дренажи, зонды, катетеры.** Указания по уходу за назогастральным зондом, мочевым катетером, дренажными трубками; способ дренирования, тип аспиратора.

**10. Лекарственные средства.** Указывают все препараты, которые должен получать больной, включая те, которые он принимает постоянно (название препарата, доза, интервал и путь введения).

**а. Кислород:** скорость потока и способ подачи. ИВЛ: режим, тип респиратора и его настройки.

**б. Инфузионная терапия:** назначения делают ежедневно, при критических состояниях — еще чаще.

**в.** Назначая лекарственные средства по принципу — «при головной боли», «при запоре», «при бессоннице», врач упускает возможность осмотреть больного в момент ухудшения состояния.

**11. Лабораторные и инструментальные исследования.** Перед плановыми операциями стандартные анализы и инструментальные исследования проводят на амбулаторном этапе лечения. Для большого хирургического вмешательства необходимы: общий анализ крови, включая тромбоциты; электролиты и глюкоза плазмы, АМК, креатинин сыворотки, ПВ, АЧТВ; рентгенография грудной клетки; ЭКГ и общий анализ мочи; для больных африканского и латиноамериканского происхождения — проба на серповидную деформацию эритроцитов. При истощении и заболеваниях печени дополнительно определяют общий белок и альбумин сыворотки; при заболеваниях печени, поджелудочной железы и желчных путей — биохимические показатели функции печени и активность амилазы сыворотки. Заядлым курильщикам, больным с хронической патологией легких и всем, кому предстоит торакальная операция, измеряют газы артериальной крови и исследуют функцию внешнего дыхания. Порядок проведения исследований тщательно планируют. Например, оценка функции щитовидной железы должна предшествовать любым рентгеноконтрастным исследованиям с использованием йодсодержащих препаратов

(например, экскреторной урографии). Обзорную рентгенографию брюшной полости, ангиографию, холецистографию и экскреторную урографию всегда проводят до рентгеноконтрастных исследований ЖКТ с барием (ирригоскопии и т. п.).

**12.** Перечень состояний, при которых необходимо вызвать лечащего врача.

**13.** Полный анамнез.

**14.** Результаты физикального исследования.

## **II. Предоперационный период**

**A. Обследование.** Основное заболевание, которое требует планового хирургического вмешательства, должно быть изучено на амбулаторном этапе лечения. В предоперационном периоде врачу нужно исследовать состояние жизненно важных систем органов и оценить операционный риск.

### **1. Сердце и сосуды**

**а. Анамнез и физикальное исследование.** Выясняют, имеются ли одышка, ортопноэ, отеки, ощущение перебоев в работе сердца. Стенокардия и перенесенный инфаркт миокарда существенно увеличивают риск операции. Важное значение имеют также врожденные пороки сердца, ревматизм, атеросклероз сосудов головного мозга и периферических артерий, сахарный диабет, артериальная гипертония. Отмечают перенесенные кардиохирургические вмешательства; установку электрокардиостимулятора; прием сердечных гликозидов, нитратов, бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, гипотензивных и антиаритмических средств. Определяют частоту и ритмичность сердечных сокращений; измеряют АД. При осмотре отмечают цианоз, симптом барабанных палочек, отеки, петехии, наполнение шейных вен, печеночно-яремный рефлюкс (набухание шейных вен при надавливании на правое подреберье). Аускультация легких позволяет выявить влажные и сухие хрипы. Пальпируя область сердца, определяют свойства верхушечного толчка, выявляют пульсации, дрожание грудной клетки. При аускультации сердца обращают внимание на изменения сердечных тонов и шумы. Исследуют пульс на периферических артериях. Выявляют ортостатические отеки.

**б. Рентгенография грудной клетки** в задней прямой проекции позволяет выявить увеличение размеров и изменение конфигурации сердечной тени, расширение легочной артерии, плевральный выпот, легочные инфильтраты. Боковые и косые проекции используют для диагностики увеличения отдельных камер сердца.

**в. ЭКГ** позволяет выявить нарушения ритма и проводимости, увеличение камер сердца, ишемию миокарда, нарушения обмена калия и кальция. При ИБС для оценки функциональных возможностей сердца проводят ЭКГ-пробу с физической нагрузкой; при положительной пробе показана коронарная ангиография.

**г. Кровь.** Измерение газов артериальной крови позволяет оценить оксигенацию тканей. Для выявления сброса крови справа налево и определения артериовенозной разницы по кислороду измеряют объемную концентрацию кислорода в смешанной венозной крови, установив катетер в легочную артерию. Увеличение артериовенозной разницы по кислороду может означать низкий сердечный выброс. Повышение АсАТ, ЛДГ<sub>1</sub> и ЛДГ<sub>2</sub>, МВ-фракции КФК характерно для инфаркта миокарда.

**д. Мониторинг гемодинамики** показан при сопутствующих заболеваниях сердца или легких. Определив исходные параметры гемодинамики, следует добиться их улучшения с помощью инфузионной терапии и лекарственных средств. Для непрерывной регистрации АД и анализа формы пульсовой волны устанавливают артериальный катетер. ЦВД отражает преднагрузку на правый желудочек и его функцию. Установка катетера Свана—Ганца дает возможность измерить ДЗЛА, которое довольно точно отражает преднагрузку на левый желудочек. Кроме того, с помощью катетера Свана—Ганца методом термодилуции можно определить сердечный выброс. Используя полученные значения, рассчитывают ОПСС, ударный объем, работу сердца (ударный объем × среднее АД), доставку кислорода к тканям, потребление и экстракцию кислорода (см. табл. 4.2 и гл. 6, п. IV).

**е. Другие исследования.** ЭхоКГ используют для оценки состояния клапанов, сократимости миокарда, диагностики экссудативного и констриктивного перикардита; сцинтиграфию миокарда, изотопную вентрикулографию и ЭКГ в динамике — для диагностики инфаркта миокарда и определения фракции выброса левого желудочка. Коронарная ангиография остается самым точным методом диагностики заболеваний коронарных артерий.

## **2. Легкие**

**а. Анамнез и физикальное исследование.** Выясняют, есть ли одышка, кашель (сухой или влажный, характер мокроты), приступы удушья, боли в груди, кровохарканье. Отмечают перенесенные или сопутствующие пневмонию, туберкулез, грибковые инфекции, бронхиальную астму и другие хронические болезни органов дыхания; недавние острые респираторные заболевания. Интересуются курением; контактами с угольной и кремниевой пылью, асбестом; приемом бронходилататоров и кортикостероидов. Измеряют АД; определяют частоту и ритмичность сердечных сокращений; частоту, глубину и ритм дыхания. Осматривают глаза, нос, язык, ротоглотку, обращая внимание на признаки острых респираторных заболеваний. При осмотре кистей отмечают цианоз ногтевого ложа, симптом барабанных палочек. Оценивают форму грудной клетки и характер дыхательных движений. С помощью пальпации исследуют голосовое дрожание; с помощью перкуссии — подвижность нижнего края легких. Отмечают притупленный и тимпанический (коробочный) звуки. При аускультации легких определяют характер дыхательных шумов, выявляют влажные и сухие хрипы.

**б. Рентгенография грудной клетки** позволяет выявить инфильтраты, множественные мелкоочаговые затемнения (гранулемы), ателектаз, повышенную прозрачность легочных полей, пневмоторакс, плевральный выпот, плевральные спайки и шварты, изменение сосудистого рисунка легких, объемные образования.

**в. Исследование мокроты.** Желтый, зеленоватый или коричневатый оттенок мокроты — признак активного инфекционного процесса; в этом случае при бактериоскопии мазка, окрашенного по Граму, видны нейтрофилы и патогенные микроорганизмы. Для выявления грибов и микобактерий используют специальные методы окраски. Посев мокроты позволяет установить возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам. Нужно иметь в виду, что загрязнение образца мокроты микрофлорой ротоглотки часто затрудняет интерпретацию результатов.

**г. Измерение газов артериальной крови** позволяет охарактеризовать газообмен. Величина  $p_aO_2$  отражает оксигенацию тканей. Отклонение  $p_aO_2$  от нормы может быть обусловлено нарушениями легочной вентиляции, изменением диффузионной способности легких, несоответствием между вентиляцией и перфузией альвеол, сбросом крови справа налево.  $p_aO_2$  менее 60 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом — признак тяжелого заболевания легких. Величина  $s_aO_2$  показывает, сколько процентов гемоглобина связано с кислородом; в норме  $s_aO_2$  превышает 90%.  $s_aO_2$  зависит прежде всего от  $p_aO_2$ , а также от рН крови, температуры и содержания 2,3-дифосфоглицерата в эритроцитах.

Углекислый газ быстро диффундирует через альвеолярно-капиллярную мембрану. Величина  $p_aCO_2$  определяется легочной вентиляцией и практически не зависит от диффузионной способности легких и сброса крови справа налево. В норме  $p_aCO_2$  составляет 38—43 мм рт. ст.

рН артериальной крови в норме равен 7,38—7,42 и зависит от метаболических и респираторных факторов.

**д. Спирометрия и пневмотахометрия.** Прежде всего нужно понаблюдать за больным во время выполнения физической нагрузки. Если он без труда поднимается на два лестничных пролета, функциональные резервы легких достаточны. При хронических заболеваниях легких исследуют функцию внешнего дыхания по полной программе. Важное значение имеют следующие показатели: ЖЕЛ, емкость вдоха (ЖЕЛ минус резервный объем выдоха), максимальная вентиляция легких, объем форсированного выдоха за первую секунду ( $ОФВ_1$ ) и за первые три секунды, максимальная объемная скорость середины выдоха.

**е. Вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких** проводят больным с дыхательной недостаточностью перед резекцией легкого. Если та часть паренхимы легкого, которую собираются удалять, не участвует в газообмене, то операция не усугубит дыхательной недостаточности и даже может улучшить функцию легких.

### **3. Почки**

**а. Анамнез и физикальное исследование.** Интересуются частотой мочеиспускания, объемом мочи, характером струи. Выясняют, нет ли дизурии, никтурии, гематурии, недержания мочи. Отмечают любые перенесенные болезни почек, мочекаменную болезнь, сахарный диабет, артериальную гипертонию, подагру, гиперкальциемию, оксалурию, цистинурию, атеросклероз и болезни сердца; прием диуретиков и нефротоксичных препаратов. При болезнях почек особое внимание уделяют состоянию водно-электролитного обмена.

**б. Анализ мочи.** Высокий удельный вес (более 1,020) означает либо обезвоживание, либо присутствие в моче значительного количества рентгеноконтрастных средств, глюкозы, маннитола или белка. Низкий удельный вес (менее 1,007) бывает при избыточном введении жидкости, приеме диуретиков, водной интоксикации и несахарном диабете. Изостенурия (удельный вес мочи постоянен и равен удельному весу плазмы — 1,010—1,014) — признак острого или хронического заболевания почек. рН мочи в норме колеблется от 4,3 до 8,0 в зависимости от диеты и кислотно-щелочного равновесия. Протеинурия указывает на заболевание почек. Моча, собранная за 24 ч, в норме содержит не более 250 мг белка. Глюкозурия характерна для сахарного диабета; другие причины — врожденное нарушение реабсорбции глюкозы в почечных канальцах (почечная глюкозурия); заболевания почечных канальцев, беременность, в/в инфузия глюкозы. Аскорбиновая кислота, цефалоспорины, салицилаты, паральдегид и хлоралгидрат искажают результаты определения глюкозы в моче (если используется метод, основанный на восстановительных свойствах глюкозы). Самые частые причины кетонурии — диабетический кетоацидоз и голодание. Билирубин в норме в моче не содержится, так как в кишечнике из него образуется уробилиноген, который всасывается в кровь и выделяется с мочой (0,5—1,4 мг/сут). Анализ на кровь с помощью тест-полоски бывает положительным при гематурии (присутствие эритроцитов в моче), а также при гемоглобинурии (гемолиз) и миоглобинурии (разрушение мышечных клеток). При микроскопическом исследовании осадка мочи определяют эритроциты, лейкоциты, клетки почечного эпителия; гиалиновые, эпителиальные, эритроцитарные и лейкоцитарные цилиндры; бактерии.

**в.** Уровень АМК зависит от содержания белка в рационе, продукции мочевины печенью и скорости распада белков. Уровень креатинина сыворотки отражает СКФ; продукция креатинина зависит от мышечной массы и у каждого человека является относительно постоянной величиной. Подъем уровней АМК и креатинина свидетельствует о почечной недостаточности. Соотношение АМК/креатинин, превышающее 10:1, характерно для преренальной почечной недостаточности (см. гл. 7, п. I.A).

**г.** СКФ определяют по клиренсу креатинина, который рассчитывают по формуле: клиренс  $Kp = ([Kp] \text{ мочи} \times V) / [Kp] \text{ плазмы}$ , где  $Kp$  — креатинин, мг%;  $V$  — средняя суточная скорость экскреции мочи, мл/мин. Для этого анализа обычно используют суточную порцию мочи. У здорового взрослого человека СКФ составляет  $125 \pm 25$  мл/мин. Уровень креатинина сыворотки может оставаться нормальным до тех пор, пока СКФ не снизится более чем наполовину. Когда СКФ падает ниже 10 мл/мин, необходим диализ.

**д.** Для оценки функции почечных канальцев нужны более сложные исследования — определение осмоляльности мочи и экскретируемой фракции натрия. Экскретируемая фракция натрия — это отношение клиренса натрия к клиренсу креатинина. Показатель рассчитывают следующим образом:  $\text{экскретируемая фракция натрия (\%)} = ([Na^+] \text{ мочи} \times V) / ([Na^+] \text{ плазмы} \times \text{клиренс } Kp) \times 100 = ([Na^+] \text{ мочи} \times [Kp] \text{ плазмы}) / ([Na^+] \text{ плазмы} \times [Kp] \text{ мочи}) \times 100$ , где  $Kp$  — креатинин, мг%;  $V$  — средняя суточная скорость экскреции мочи, мл/мин. При преренальной почечной недостаточности экскретируемая

фракция натрия ниже 1, при паренхиматозной (острый канальцевый некроз) — выше 1 (см. гл. 4, п. VI.Г.1).

**е. Инструментальные исследования.** Рентгеноконтрастные исследования (экскреторная урография) и КТ позволяют выявить структурные аномалии и обструкцию мочевых путей, мочекаменную болезнь. УЗИ применяют для диагностики гидронефроза и отсутствия почки, а также для проведения чрескожной аспирационной биопсии почки. Сцинтиграфия позволяет количественно оценить почечный кровоток, концентрационную и экскреторную функцию почек. С помощью ангиографии выявляют патологию почечных сосудов и объемные образования.

**4. Оценка операционного риска** требует детального знакомства с характером заболевания, а также статистических данных о планируемой операции (летальность, частота осложнений, эффективность). Помимо осложнений, свойственных самой операции, существует анестезиологический риск, который зависит от состояния больного.

**а.** Чаще всего используют шкалу риска Американской ассоциации анестезиологов. **Риск I степени:** заболевание, требующее операции, носит локализованный характер; соматические (органические, физиологические, биохимические) и психические расстройства отсутствуют. **Риск II степени:** легкие или умеренные соматические или психические расстройства, в том числе не обусловленные основным хирургическим заболеванием. **Риск III степени:** тяжелые соматические или психические расстройства. **Риск IV степени:** соматические или психические расстройства, сами по себе представляющие угрозу для жизни (иногда — неизлечимые). **Риск V степени:** терминальное состояние, операция обычно проводится как последняя мера для спасения жизни. Экстренный характер операции еще более увеличивает соответствующую степень риска.

**б. Риск сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных операциях** оценивают по методу Голдмана. Метод позволяет на основании данных анамнеза, физикального исследования, ЭКГ, общего состояния и вида операции отнести больного к одному из четырех классов. Каждому классу соответствует определенный риск осложнений.

Класс	Риск угрожающих жизни осложнений, %	Смертность от осложнений, %
I	0,7	0,2
II	5	2
III	11	2
IV	22	56

## Б. Подготовка к операции

**1. Водно-электролитный баланс.** Больные с водно-электролитными нарушениями тяжелее переносят операцию, поэтому нужно восстановить водно-электролитный баланс (см. гл. 13, п. IV). Причиной обезвоживания и дефицита электролитов нередко служат парентеральное питание, лечение диуретиками, подготовка кишечника к хирургическому вмешательству, потери жидкости через ЖКТ, выход жидкости в «третье пространство». Особого внимания заслуживают также больные с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом и почечной недостаточностью.

**2. Сердечная недостаточность.** Причиной сердечной недостаточности могут служить ИБС, пороки сердца, инфекционный эндокардит, сепсис, аритмии, тиреотоксикоз, артериальная гипертензия. Все эти заболевания требуют соответствующего лечения. Кроме того, в предоперационном периоде ограничивают потребление жидкости и поваренной соли, назначают диуретики, иногда — сердечные гликозиды. Больным с тяжелой сердечной недостаточностью показан мониторинг гемодинамики и медикаментозное лечение (**дофамин, добутамин**) в отделении реанимации. Все это позволяет существенно улучшить гемодинамику во время подготовки к операции. Ориентиром должен служить уровень доставки кислорода к тканям, равный 600 мл/мин/м<sup>2</sup>.

**3. Стенокардия.** При стенокардии напряжения I—II функционального класса со стабильным течением малые плановые хирургические вмешательства, как правило, безопасны.

Назначают нитраты, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция. При стенокардии напряжения III—IV функционального класса и нестабильной стенокардии, особенно в сочетании с желудочковой экстрасистолией, а также перед большими полостными операциями показано полное кардиологическое обследование, включая коронарную ангиографию. При тяжелом поражении коронарных артерий (например, стеноз ствола левой коронарной артерии) запланированную операцию следует отложить и провести коронарное шунтирование или баллонную коронарную ангиопластику. При срочных и экстренных хирургических вмешательствах в течение всего периоперационного периода больной должен находиться в отделении реанимации.

**4. Нарушения ритма и проводимости сердца.** Диагностике и лечению аритмий посвящена гл. 5. Операционный риск чрезвычайно высок в следующих случаях: желудочковая экстрасистолия (свыше 5 экстрасистол в минуту), парные желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия, ранние желудочковые экстрасистолы, остановка кровообращения в анамнезе. Иногда целесообразно отложить плановую операцию или вообще от нее отказаться. Принимая окончательное решение, на одну чашу весов кладут необходимость операции, на другую — характер аритмии и ее ответ на лечение. АВ-блокада 2 степени, полная АВ-блокада, двухпучковая блокада и тяжелые брадиаритмии — показание к установке электрода для временной ЭКС. Аритмогенные факторы (гликозидную интоксикацию, тиреотоксикоз и т. д.) перед операцией нужно устранить.

**5. Артериальная гипертония.** Перед операцией нужно нормализовать АД. Операционный риск особенно высок при диастолическом АД выше 110 мм рт. ст. и сопутствующих поражениях сердца, артерий, нервной системы, почек. Лечение гипотензивными средствами продолжают на протяжении всего периоперационного периода, не забывая, однако, об их побочных эффектах, в частности о гипокалиемии. Если обнаружена феохромоцитома, проводят соответствующее лечение (см. гл. 16, п. XIX). Назначают альфа-адреноблокаторы, бета-адреноблокаторы (при необходимости); восстанавливают ОЦК; заранее обсуждают с анестезиологом план интраоперационного ведения больного.

**6. Истощение.** Перед плановой операцией нужно нормализовать питательный статус (см. гл. 14). Ориентирами служат антропометрические показатели (вес, окружность плеча, толщина кожной складки над трехглавой мышцей плеча); содержание в сыворотке белков, синтезируемых печенью (альбумин, трансферрин); кожные пробы на аллергические реакции замедленного типа с известным антигеном (отсутствие реакции — признак белковой или белково-энергетической недостаточности).

**7. Анемия.** Гемоглобин необходимо поднять до уровня, который обеспечивает удовлетворительную доставку кислорода к тканям без перегрузки сердечно-сосудистой системы. Большинство хирургов предпочитает поднять уровень гемоглобина как минимум до 10 г%.

**8. Нарушения свертывания крови** следует выявить и провести соответствующее лечение (см. гл. 15).

**9. Тромбоэмболические заболевания.** Ожирение, преклонный возраст, беременность, прием пероральных контрацептивов, злокачественные опухоли, тромбоэмболические заболевания в анамнезе — факторы риска тромбоза глубоких вен и ТЭЛА. Для профилактики тромбоэмболических осложнений назначают п/кинъекции гепарина (по 5000 ед каждые 12 ч) и перемежающуюся пневматическую компрессию ног. (Подробнее — см. гл. 17, п. I.E.1.в и гл. 18, п. V.E.1.)

**10. Постоянный прием кортикостероидов** приводит к подавлению эндогенной секреции кортизола. Реакция надпочечников на стресс у таких больных угнетена, и после операции может развиваться надпочечниковая недостаточность. Поэтому всем больным, принимающим кортикостероиды или принимавшим их в течение последних 6 мес, назначают гидрокортизон. Вечером накануне операции и утром перед транспортировкой в операционную вводят по 100 мг гидрокортизона гемисукцината. Доза препарата за 24-часовой периоперационный период должна составить 300—400 мг. В последующие дни



дозу гидрокортизона быстро снижают, пока она не достигнет исходной (или сводят на нет). (Подробнее — см. гл. 16, п. VII.)

**11.** Больным инсулинозависимым сахарным диабетом утром в день операции вводят 1/2—1/3 обычной дозы инсулина и одновременно начинают в/в инфузию 5% глюкозы (см. гл. 16, п. V).

**12.** Больных с патологией щитовидной железы перед операцией следует перевести в эутиреоидное состояние. При гипотиреозе назначают левотироксин. При тиреотоксикозе эффективны пропилтиоурацил и тиамазол. При диффузном токсическом зобе для быстрой подготовки к операции используют бета-адреноблокаторы, которые смягчают проявления тиреотоксикоза. Перед резекцией щитовидной железы больным диффузным токсическим зобом обычно назначают препараты йода (насыщенный раствор йодида калия или раствор Люголя). Эта мера позволяет снизить кровоток в щитовидной железе. (Подробнее — см. гл. 16, пп. VIII—IX.)

**13.** Профилактику легочных осложнений начинают сразу после госпитализации.

**а.** Больной должен прекратить курить как минимум за две недели до плановой операции.

**б.** Дыхательная гимнастика: обучение упражнениям для послеоперационного периода (глубокое дыхание, стимуляция кашля) и пользованию спиротренажером.

**в.** Лечение острых респираторных заболеваний.

**г.** Период пребывания в больнице перед операцией не должен быть слишком длинным. Это позволяет снизить риск заражения больничными штаммами микроорганизмов, которые устойчивы к антибиотикам.

**д.** Разжижение мокроты: лечение обезвоживания, обильное питье, дыхание увлажненным воздухом (ингаляторы, испарители, ультразвуковые распылители), отхаркивающие средства (гвайфенезин, йодид калия).

**е.** Постуральный дренаж и перкуссионный массаж облегчают отхождение мокроты при продуктивном кашле.

**ж.** При ХОЗЛ и бронхиальной астме назначают бронходилататоры. Более эффективны аэрозольные лекарственные формы. При бронхоспазме иногда требуется ИВЛ; распыленный раствор бронходилататора можно добавить к воздушной смеси.

**14. Почки.** Цели подготовки — добиться максимально возможного улучшения функции почек и предотвратить послеоперационную почечную недостаточность. При правильном ведении даже больные с одной почкой хорошо переносят операцию.

**а.** При инфекциях мочевых путей назначают антибиотики. Выбор препарата определяется результатами посева мочи и тестов на чувствительность возбудителя к антибиотикам.

**б.** Устраняют обструкцию мочевых путей.

**в.** Лечат водно-электролитные нарушения; добиваются нормализации диуреза.

**г.** При необходимости накануне операции проводят гемодиализ. При уремической тромбоцитопатии его проводят непосредственно перед операцией.

**д.** Установка мочевого катетера на длительный срок в предоперационном периоде нежелательна и допустима только в случае абсолютной необходимости.

**В. Предоперационные назначения** пишут за день до плановой операции.

**1.** Описание планируемой операции и анестезии дает возможность среднему медицинскому персоналу начать подготовку больного.

**2.** Перед операцией хирург должен получить заверенное подписью письменное согласие больного на операцию.

**3.** Указывают компоненты и препараты крови, которые могут потребоваться для переливания и которые нужно проверить на индивидуальную совместимость.

**4. Подготовка кожи.** Вечером накануне операции больной должен принять душ или ванну с антисептическим мылом (повидон-йод, хлоргексидин). Стрижку и бритье волос, если это необходимо, проводят непосредственно перед операцией. Для удаления волос желательно использовать крем-депиляторий (особенно при подготовке больших участков кожи для операций на сердце или сосудах).

5. Установка венозного катетера позволяет в предоперационном периоде вводить инфузионные растворы, антибиотики и другие препараты.
6. Назогастральный зонд и мочевого катетер обычно устанавливают в ходе операции.
7. Правило «ничего внутрь» вступает в силу после полуночи. Для освобождения желудка и сведения к минимуму риска рвоты и аспирации желудочного содержимого достаточно 6—8 ч воздержания от воды и пищи. Грудного ребенка можно напоить за 4 ч до вводной анестезии, чтобы предотвратить обезвоживание. Вместо лекарственных средств, принимаемых внутрь, назначают те же препараты в/м или в/в. В крайнем случае допускают прием препарата внутрь с маленьким глотком воды.
8. Если показана антибиотикопрофилактика, препараты вводят за 1 ч до разреза кожи.
9. Очистительная клизма показана не при всех операциях, однако большинство хирургов предпочитает, чтобы к вводной анестезии дистальные отделы толстой кишки были опорожнены.
10. Перед транспортировкой в операционную больной должен помочиться. Эта мера позволяет избежать переполнения мочевого пузыря во время анестезии, что особенно важно в отсутствие мочевого катетера.

11. Препараты для премедикации (обычно — наркотический анальгетик, седативное средство и антихолинергический препарат) назначают за 30—60 мин до вводной анестезии.

12. Профилактику тромбоза глубоких вен начинают до вводной анестезии.

**Г. Предоперационный эпикриз** помогает хирургу собраться с мыслями перед операцией и упрощает знакомство с историей болезни для должностных лиц. Эпикриз должен содержать следующие разделы:

1. Краткий обзор анамнеза, результатов физикального и инструментальных исследований, показания к операции.
2. Основные результаты лабораторных исследований.
3. Особенности подготовки к операции (например, применение кортикостероидов или подготовка толстой кишки).
4. Компоненты и препараты крови, которые могут потребоваться для переливания.
5. **Согласие на операцию.** Письменная форма кроме самого факта согласия больного на операцию должна содержать информацию о том, что больному разъяснен смысл операции и показания к ней, предоставлена информация об альтернативных методах лечения и риске периоперационных осложнений.

**Уход за глазами.** При выделениях из глаз, склеивающих ресницы, выполняют их промывание.

Начальная процедура – протирание орбитальной области глаз стерильными ватными или марлевыми тампонами, смоченными раствором марганцевокислым калием или теплым 2 % раствором борной кислоты. От уголков глаз, к наружи 5-6 раз протирают кожу век, осушают салфеткой; при скоплении фибрина на веках, повторяют протирание сверху вниз и вновь осушают салфеткой.

При заболеваниях глаз некоторым больным выполняют закапывание капель и закладывание глазных мазей. Пипетку для закапывания перед употреблением кипятят.

**Техника закапывания:** левой рукой слегка оттягивают нижнее веко и, предложив больному посмотреть в противоположную сторону, медленно вводят одну каплю ближе к носу; через небольшой промежуток времени – вторую, и просят больного закрыть глаза. Стерильные глазные мази накладывают на веки специальной стерильной стеклянной лопаточкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь и мягкими движениями пальцев через веко растирают ее по слизистой оболочке. У больных, находящихся в бессознательном состоянии, для предупреждения высыхания склер, веки смазывают вазелиновым маслом или глицерином, поверх накладывают салфетку, смоченную раствором фурацилина или глицерином.

**Уход за ушами.** Ежедневно во время утреннего туалета больные моют уши самостоятельно,

при тяжелом состоянии пациента эту работу периодически выполняет ухаживающий. Необходимо обмыть ушную раковину и околоушное пространство слабым мыльным раствором или водой и вытереть насухо. Вокруг уха укладывают салфетку. В слуховое отверстие закапывают 5-6 капель перекиси водорода. При появлении пены, удаляют ее тампоном. Процедуру повторяют 2-3 раза. Ватой, нагнутой на пинцет или зонд, осушают ушной проход. Голову больного наклоняют в здоровую сторону, левой рукой оттягивают мочку уха, а правой - пипеткой вводят в слуховой проход 2-3 капли спиртового раствора антисептика, рыхло закрывают наружный слуховой проход ватой, которую через 40-60 мин. удаляют. В ухо закапывают 5-6 капель спиртового раствора антисептика, закрывают наружный слуховой проход ватой (турунды в ухо может поставить только ЛОР-врач). Салфетки, смоченные одним из спиртовых антисептиков, с концентрацией спирта не более 70%, накладывают на заушный и лицевой участок вокруг уха и укрывают компрессной бумагой. На ухо накладывают сухую марлевую салфетку, весь компресс покрывают сухим ватно-марлевым тампоном и укрепляют мягкой бинтовой повязкой или сетчатым бинтом. Компресс накладывают не более чем на 6-8 часов.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №11**

### **РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВРАЧА ПРИ ДЕПРЕССИИ, ШОКЕ, СТРАХЕ, ВОЛНЕНИИ И ПЕРЕЖИВАНИИ У БОЛЬНОГО. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ПРИ РВОТЕ.**

**Стресс, его факторы, оценка состояния пациента.** Здоровье человека во многом зависит от того, как он переносит стрессовые ситуации, насколько оптимальные способы решения жизненных проблем выбирает.

Термин "стресс" (от англ. Stress – напряжение) означает неспецифическую реакцию организма, возникающую под влиянием любых сильных раздражителей (стрессоров) и сопровождающуюся перестройкой защитных систем организма.

Канадский ученый Ганс Селье обратил внимание на то, что, несмотря на разнообразие факторов (травма, инфекция, переохлаждение, наркоз, интоксикация, сильные эмоции и т.д.), все они обуславливают однотипные изменения в вилочковой железе, надпочечниках, лимфатических узлах, крови и обмене веществ.

Основными признаками острого стресса является нарушение сна, боль и стеснение в затылке, шее, спине, в области живота и грудной клетки, повышенное потоотделение, одышка, тошнота и даже рвота, беспокойство, чувство разбитости, дрожь колен, снижение потенции, ухудшение памяти и способности к концентрации. Если ограничить влияние стрессовых ситуаций на время, то эти расстройства исчезнут в течение недели.

Стресс, который становится хроническим, усиливает все эти признаки. Его "мишенью" становятся, прежде всего, слабые или пораженные какой-то болезнью органы, системы.

Следует отметить, что в большинстве случаев стресс проявляется в виде общего адаптационного синдрома, который проходит сквозь три последовательные стадии: реакцию тревоги, стадию резистентности и стадию истощения. Реакция тревоги означает немедленную мобилизацию защитных сил организма. Она состоит из фазы шока и противошока. В фазе шока у больных наблюдают общую слабость, снижение тонуса мышц, снижения артериального давления, гипотермию - снижение температуры тела, гипогликемию - снижение уровня сахара в крови, сгущение крови, повышение проницаемости капилляров, язвенные поражения желудка и др.. В фазе противошока у больного возникают изменения в обратном направлении (повышение артериального

давления, мышечного тонуса, содержания глюкозы в крови), обуславливающие развитие следующей стадии - резистентности. В ней большую роль играют надпочечники, гипофиз, которые секретируют гормоны, повышающие реактивность и устойчивость организма к возникновению различных болезней. Но когда человек не начинает бороться со стрессом, то организм долго находится в состоянии особого напряжения, в результате которого антистрессовые реакции осуществляются напрасно. И когда реакции недовольства, тревоги, ярости, напряжения повторяются, они приводят сначала к так называемым функциональным, а в дальнейшем – к настоящим необратимым нарушениям деятельности различных органов и систем.

Пребывание больного в хирургическом стационаре само накладывает отпечаток на его психику и вызывает стрессовую ситуацию (ожидания оперативного вмешательства). Поэтому на медицинский персонал возлагается большая ответственность и задача - подготовить психику и уменьшить страх больного перед операцией. Ведь давно известно, что от состояния психики зависит соматическое состояние больного. Медицинская сестра в своей деятельности, встретившись с хирургическим пациентом, должна изучить его как больного человека, относиться к нему с большим уважением, заботиться, чтобы он быстро поправился. Как в предоперационный, так и в операционный период следует обеспечить больному душевное спокойствие и тишину необходимо устранить все физические и психические раздражители (шум, гам, громкие разговоры, крики), не давать читать книг с определенным сюжетом, не позволять просмотр эмоциональных телефильмов, не допускать к больным тех, кто может вызвать у них негативные чувства.

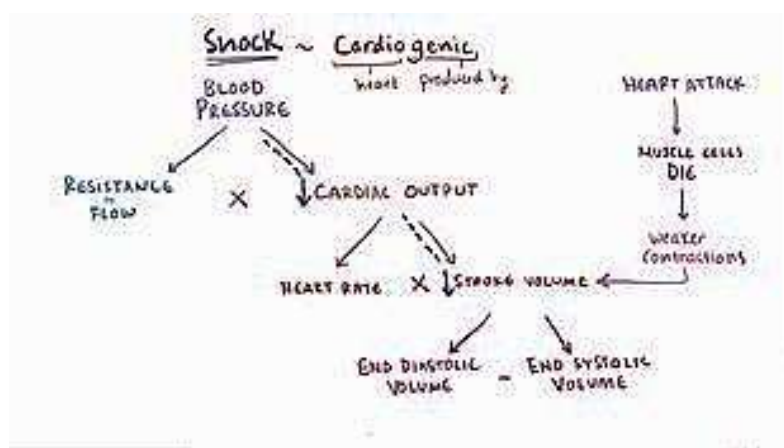
**Шок** (от англ. *shock* — удар, потрясение) — патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей и сопровождающийся прогрессивным нарушением жизненно важных функций нервной системы, кровообращения, дыхания, обмена веществ и некоторых других функций. По сути, это срыв компенсаторных реакций организма в ответ на повреждение.

## Содержание

- 1История
- 2Патогенез шока
- 3Постановка диагноза
  - 3.1Обследование<sup>[2]</sup>
    - 3.1.1История болезни
    - 3.1.2Клиническое обследование в педиатрии
    - 3.1.3Лабораторные исследования
  - 3.2Контроль и оценка тяжести шока
    - 3.2.1Малая программа контроля
    - 3.2.2Специализированная программа контроля
  - 3.3Нарушения гемодинамики
- 4Классификация шока
  - 4.1Клиническая классификация
- 5Лечение шока
  - 5.1Педиатрия<sup>[5]</sup>
    - 5.1.1Терапия первого часа
      - 5.1.1.1В первые минуты
      - 5.1.1.2В первые 5 -15 минут. Первичные реанимационные действия
      - 5.1.1.3В первые 15-60 минут, если шоковое состояние сохраняется
    - 5.1.2Терапия по истечении первого часа
- 6Гиповолемический шок

- 6.1 Причины
- 6.2 Стадии
- 6.3 Порочные круги
  - 6.3.1 Порочный круг, способствующий повреждению миокарда
  - 6.3.2 Порочный круг, способствующий недостаточности вазомоторного центра
- 7 Шоковые органы
  - 7.1 «Шоковое лёгкое»
    - 7.1.1 История
    - 7.1.2 Этиология и патогенез
    - 7.1.3 Клиническая картина
  - 7.2 «Шоковая почка»
    - 7.2.1 Патологическая анатомия
    - 7.2.2 Клиническая картина

## История



Состояние шока было впервые описано Гиппократом. Впервые термин «шок» был применён в 1737 г. Ле Драном. В конце XIX века стали предлагаться возможные механизмы развития патогенеза шока, среди них наиболее популярными стали следующие концепции:

- паралич нервов, иннервирующих сосуды;
- истощение вазомоторного центра;
- нервно-кинетические расстройства;
- токсемия;
- нарушение функции эндокринных желез;
- уменьшение объёма циркулирующей крови (ОЦК);
- капиллярный стаз с нарушением проницаемости сосудов.

## Патогенез шока

С современной точки зрения шок развивается в соответствии с теорией стресса Г. Селье. Согласно этой теории, чрезмерное воздействие на организм вызывает в нём специфические и неспецифические реакции. Первые зависят от характера воздействия на организм. Вторые — только от силы воздействия. Неспецифические реакции при воздействиях сверхсильного раздражителя получили название общего адаптационного синдрома. Общий адаптационный синдром протекает всегда однотипно, в три стадии:

1. стадия компенсированная (обратимая): перфузия к жизненным органам, таким как мозг, сердце, поддерживается компенсационными физиологическими процессами;
2. стадия декомпенсированная (частично обратимая, характеризуется общим снижением резистентности организма и даже гибелью организма): нарушение перфузии к жизненно важным органам;
3. стадия терминальная (необратимая, когда никакие терапевтические воздействия не могут препятствовать летальному исходу).

Таким образом, шок, по Селье, является проявлением неспецифической реакции организма на чрезмерное воздействие.

Н. И. Пирогов в середине XIX века определил в патогенезе шока понятия эректильной (возбуждение) и торпидной (вялость, оцепенение) фаз.

Шок происходит при нарушении снабжения кислородом органов. При уменьшении сердечного выброса происходит уменьшение перфузии к органам. Организм взрослого компенсирует это состояние преимущественно уменьшением системного сосудистого сопротивления, увеличением сокращаемости сердца и увеличением частоты сердечных сокращений. Организм ребёнка компенсирует это состояние прежде всего увеличением частоты сердечных сокращений и вазоконстрикцией (сужением кровеносных сосудов). Вазоконстрикция у детей обуславливает то, что гипотензия становится поздним признаком шока.<sup>[1]</sup>

#### Постановка диагноза

Диагноз «шок» ставят при наличии у больного следующих признаков шока:

- снижение артериального давления и тахикардия (при торпидной фазе);
- беспокойство (эректильная фаза по Пирогову) или затемнение сознания (торпидная фаза по Пирогову);
- нарушение дыхания;
- уменьшение объёма выделяемой мочи;
- холодная, влажная кожа с бледно-цианотичной или мраморной окраской;
- замедление наполнения капилляров.

#### Обследование

##### История болезни

Рвота с диареей или без неё, уменьшенный пероральный приём внутрь, уменьшенный диурез, особенно у детей свидетельствует об опасности гиповолемического шока. Травмы могут вести к геморрагическому шоку. Лихорадочное состояние, заторможенность или раздражимость в некоторых случаях высыпания может свидетельствовать о септическом шоке. У детей с асплинией, серповидно-клеточной болезнью, с постоянным катетером, со сниженной иммунной реакцией существует повышенный риск сепсиса. Дети у которых существует риск кардиогенного шока характеризуются аускультативным шумом, недостаточным питанием, потением, цианозом, тахипноэ, диспноэ в более позднем возрасте сердцебиением.

##### Клиническое обследование в педиатрии

Брадикардия является поздним угрожающим симптомом в шоковом состоянии — результатом гипоксемии. Гипотензия также является поздним симптомом. Следует учитывать, что нормальный уровень сердечного ритма и кровяного давления зависит от возраста. Нижний порог допустимого систолического давления для ребёнка от рождения до 1 мес. 60 мм рт. ст., а в возрасте от 1 мес. до 1 года 70 мм рт. ст. Для детей от 1 года нижний лимит давления рассчитывается по формуле  $70+(2*(\text{возраст в годах}))\text{мм рт. ст.}$  Для детей старше 10 лет нижний уровень давления 90 мм рт. ст. Давление ниже приведенных значений указывают на гипотензию с последующим декомпенсируемым шоком.

#### Критические значения частоты сердечного ритма и кровяного давления

Возраст	<b>брадикардия</b>	<b>тахикардия</b>	<b>гипотензия</b>
<b>от рождения до 28 дн.</b>	<100 уд. в мин.	>180 уд. в мин.	<60 мм рт. ст.
<b>новорожденный 1 — 12 мес.</b>	<90 уд. в мин.	>160 уд. в мин.	<70 мм рт. ст.
<b>ребенок 1 — 10 лет</b>	<60 уд. в мин.	>140 уд. в мин.	<70 + (2*возраст в годах)мм рт. ст.
<b>ребенок &gt; 10 лет</b>	<60 уд. в мин.	>120 уд. в мин.	<90 мм рт. ст.

Слабый, нитевидный пульс или его отсутствие периферический пульс может указывать на шоковое состояние. Однако при септическом шоке пульс может быть изменчивым. Цвет

кожи также может рассматриваться как признак шока, однако на ранних стадиях шока цвет кожи может быть нормальным. Уменьшенная перфузия к тканям проявляется в холодной и влажной на ощупь коже. Первоначально это наблюдается на конечностях.

Наполнение капилляров определяется мягким нажатием до побеления на капиллярное ложе кончиков пальцев, ногтей верхних конечностей. После нажатия цвет должен вернуться в течение 2 сек., если возвращения цвета происходит в течение 3 сек. и большего времени, это может свидетельствовать о шоке. При септическом шоке может наблюдаться сокращенное время наполнения капилляров. Наполнение капилляров должно тестироваться на конечности предельно поднятой над уровнем сердца, для того чтобы проверялось не венозная, а артериальная перфузия. Также следует учитывать что в условиях холода наполнение капилляров объективно замедляется.

При гиповолемическом шоке связанном с дегидрацией можно обнаружить признаки дегидратации, такие как сухие слизистые оболочки, отсутствие слез, сниженный тонус глазных яблок, опущенный большой родничок у младенцев, Дети с острой сердечной недостаточностью и кардиогенным шоком могут характеризоваться диспноэ при напряжении, тахипноэ, ортопноэ, хрипами, гепатомегалией, ритмом галопа, сердечными шумами. Набухание шейных вен и периферический отек наблюдается у детей реже чем у взрослых.

Дуктальный кардиогенный шок может быть под подозрением у новорожденных первых недель жизни если наблюдается цианоз невосприимчивый к кислородной терапии. Подозрение на тампонаду сердца могут возникнуть при приглушенных или сокращенных тонах сердца, парадоксальном пульсе (уменьшенном при систолическом давлении крови > 10 мм рт ст при вдохе) и набухшие шейные вены. Подозрение на напряженный пневмоторакс может возникнуть у пациентов с отклоненной трахеей (в сторону от травмированной части). сниженные дыхательные шумы, гиперрезонанс на перкуссию на травмированной стороне, набухание шейных вен.

20 % детей в состоянии септического шока имеют форму характерную для фазы «теплого» шока взрослых (повышенный минутный сердечный выброс, гипотензия, уменьшенное сосудистое системное сопротивление, скачкообразный пульс, быстрое наполнение капилляров). 60 % детей имеют форму шока характерную для фазы «холодного» шока взрослых (пониженный минутный сердечный выброс, повышено сосудистое системное сопротивление, нормальное или пониженное кровяное давление, холодная, влажная в пятнах кожа, нитевидный пульс, замедленное наполнение капилляров). Оставшиеся 20 % детей в состоянии септического шока характеризуются одновременно пониженным минутный сердечным выбросом и уменьшенным сосудистым системным сопротивлением. Патехия и пурпура указывают на менингококкемию как причину септического шока. Высыпания похожие на загар могут быть проявлением токсического шока из-за стрептококков и стафилококков.

### **Лабораторные исследования**

При гиповолемическом шоке для определения дегидратации проводится биохимический анализ крови на установление нарушения баланса электролитов и ацидоза. Установление гематокрита и определение группы крови и её совместимости с донорской кровью важно осуществить при подозрении на нетравматическую кровопотерю. При септическом шоке должен быть проведен общий анализ крови и гемокультуры, также как и анализ культур других потенциальных сред инфекции (моча, цереброспинальная жидкость, раны). Анализ свертываемости крови включая оценку диссеминированной внутрисосудистой коагулопатии и анализ электролитов включая уровень кальция и магния часто показывают аномалию при сепсисе. Гипогликемия часто выявляется при разных видах шока поэтому должно быть проведено оперативное определение уровня глюкозы. Анализ крови на газы и кислотность позволяет определить оксигенацию и степень ацидоза и это важно для диагностики повышения уровня карбоксигемоглобина и метгемоглобина. Первоначальный уровень лактата особенно в случае септического шока и травмы связан с

общим прогнозом и слежение за ним позволяет осуществлять контроль состояния. Прокальцитонин также можно рассматривать как биомаркер для септического шока. Тропонины могут быть полезны для оценки серьезности заболевания и слежения за состоянием пациентов в случае кардиогенного шока. D-димер применяется для пациентов с подозрением на лёгочную эмболию

### **Контроль и оценка тяжести шока**

Целями контроля, а также оценки тяжести и течения шока являются:

- выявить механизмы, вызывающие развитие шока;
- установить степень тяжести течения шока;
- проконтролировать эффективность лечения шока.

### **Малая программа контроля**



Большое значение имеет контроль артериального давления и исследование гемодинамики.

Малая программа контроля включает основные пять параметров, которые могут быть исследованы в любом медицинском отделении, независимо от его профиля, а также в медицинском транспорте. Это:

1. артериальное давление;
2. центральное венозное давление при катетеризации центральной вены;
3. частота дыхания;
4. почасовой диурез;
5. оценка кровотока в коже (цвет кожи, температура тела, наполнение капилляров кровью).

### **Специализированная программа контроля**



Специализированная программа контроля течения шока осуществляется в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Специализированная программа контроля необходима при замедленном или осложнённом течении шока. Она проводится в условиях специализированного отделения (например, в отделении реанимации и интенсивной терапии) и включает следующие исследования:

- исследования гемодинамики специальными методиками (объём крови, вязкость крови, артериальное давление, минутный объём выброса, периферическое сопротивление, центральное венозное давление, контроль функции сердца);
- исследование микроциркуляции и метаболического баланса;
- исследования системы свёртывания крови;
- исследование функции дыхания;
- исследование функции мочевыведения;



- исследование кислотно-щелочного состояния и биохимических показателей крови.

### Нарушения гемодинамики

Ниже приведена сравнительная характеристика нарушений гемодинамики при различных видах шока.

Вид шока	Минутный объём сердца	центральное венозное давление	артериальное давление	периферическое сопротивление
Гиповолемический	↓	↓	↓	↑
Кардиогенный	↓	↑	↓	↑
Инфекционно-токсический	↑	↑	↓	↓
Анафилактический <sup>[3]</sup>	↓	↓	↓	↓

### Классификация шока

Существуют различные способы классифицировать шок, однако наиболее применима в наши дни классификация шока по типу циркуляторных нарушений.

### Типы шока<sup>[1]</sup>

Тип шока	Физиологический механизм	Распространенные причины
гиповолемический	уменьшенное конечно-диастолическое давление	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гипогидратация</li> <li>• травматическая <u>кровопотеря</u></li> <li>• нетравматическая <u>кровопотеря</u></li> <li>• диабетический <u>кетацидоз</u></li> <li>• перитонит</li> <li>• ожоги</li> </ul>
дистрибутивный	относительная гиповолемия из-за <u>вазодилатации</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сепсис</li> <li>• <u>анафилаксия</u></li> <li>• неврогенный</li> <li>• обусловленный токсинами</li> </ul>
кардиогенный	уменьшенная сократимость сердца	<ul style="list-style-type: none"> <li>• острая сердечная недостаточность вследствие врожденных повреждений</li> <li>• <u>миокардит</u></li> <li>• тахидисритмия (тахикардия)</li> </ul>
обструктивный	недостаточный сердечный выброс в большой круг кровообращения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>лёгочная эмболия</u></li> <li>• перекардиальная тампонада</li> <li>• напряжённый <u>пневмоторакс</u></li> <li>• дуктальные сердечные повреждения</li> </ul>
диссоциативный	аномальный гемоглобин — недостаточное снабжение кислородом	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отравление <u>угарным газом</u></li> <li>• <u>метгемоглобинемия</u></li> </ul>

Дистрибутивный шок можно рассматривать как относительную гиповолемию. Вазодилатация приводит к неадекватному объёму циркулирующей крови относительно вазодилатации, увеличившемуся объёму. Непосредственной причиной вазодилатации является высвобождение вазоактивных медиаторов. Повреждение позвоночника (нейрогенный шок) может привести к потере сосудистого тонуса регулируемого симпатическим нервом и последующей вазодилатации. Также к вазодилатации и дистрибутивному шоку может привести интоксикация железом, барбитуратами, трициклическими антидепрессантами.

Септический шок является комбинацией элементов дистрибутивного, гиповолемического и кардиогенного шоков.<sup>[1]</sup>

**По типу циркуляторных нарушений** выделяют следующие виды шока:

- гиповолемический;
- кардиогенный;
- септический;
- анафилактический.

Ряд источников<sup>[4]</sup> приводит классификацию шока в соответствии с основными патогенетическими механизмами. Эта классификация **по патогенезу** подразделяет шок на:

- гиповолемический;
- кардиогенный;
- травматический;
- инфекционно-токсический;
- септический;
- анафилактический;
- нейрогенный;
- комбинированные (сочетают элементы различных шоков).

### **Клиническая классификация**

Клиническая классификация шока в зависимости от тяжести выделяет следующие степени:

#### **Шок I степени (компенсированный)**

Состояние пострадавшего компенсированное. Сознание сохранено, ясное, больной контактен, слегка заторможен. Систолическое артериальное давление (АД) превышает 90 мм ртутного столба, пульс учащен, 90-100 ударов в минуту. Прогноз благоприятный.

#### **Шок II степени (субкомпенсированный)**

Пострадавший заторможен, кожный покров бледен, тоны сердца приглушены, пульс частый — до 140 ударов в минуту, слабого наполнения, максимальное АД снижено до 90-80 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, учащенное, сознание сохранено. На вопросы пострадавший отвечает правильно, говорит медленно, тихим голосом. Прогноз серьезный. Для спасения жизни требуется проведение противошоковых мероприятий.

#### **Шок III степени (декомпенсированный)**

Больной адинамичен, заторможен, на боль не реагирует, на вопросы отвечает односложно и крайне медленно или вовсе не отвечает, говорит глухим еле слышным шепотом. Сознание спутанное или отсутствует вовсе. Кожа бледная, покрыта холодным потом, выражен акроцианоз. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный — 130—180 ударов в минуту, определяется только на крупных артериях (сонной, бедренной). Дыхание поверхностное, частое. Систолическое АД ниже 70 мм ртутного столба, центральное венозное давление (ЦВД) равно нулю или отрицательное. Наблюдается анурия (отсутствие мочи). Прогноз очень серьезный.

#### **Шок IV степени (необратимый)**

Проявляется клинически как одно из терминальных состояний. Тоны сердца не выслушиваются, пострадавший без сознания, кожный покров серого цвета приобретает мраморный рисунок с застойными пятнами типа трупных (признак снижения кровенаполнения и застоя крови в мелких сосудах), губы синюшные, артериальное давление ниже 50 мм рт. ст., зачастую не определяется вовсе. Пульс едва осязаем на центральных артериях, анурия. Дыхание поверхностное, редкое (всхлипывающее, судорожное), едва заметное, зрачки расширены, рефлексов и реакций на болевое раздражение нет. Прогноз почти всегда неблагоприятный.

Ориентировочно тяжесть шока можно определить по индексу Альговера, то есть по отношению пульса к значению систолического АД. Нормальный индекс — 0,54; 1,0 — переходное состояние; 1,5 — тяжелый шок.

Лечение шока

---



При некардиогенном шоке рекомендуется поднять ножной конец тела.

Лечение шока складывается из нескольких моментов:

1. оксигенотерапия (ингаляция кислорода);
2. возмещение дефицита объёма циркулирующей крови (ОЦК), с осторожностью при кардиогенном шоке;
3. терапия вегетотропными препаратами с целью вызвать позитивный инотропный эффект;
4. терапия ацидоза;
5. устранение причин, вызвавших развитие шока.

Дополнительно применяют стероидные гормоны, гепарин и стрептокиназу для профилактики микротромбоза, диуретики для восстановления функции почек при нормальном АД, искусственную вентиляцию лёгких.

## **Педиатрия**

### **Терапия первого часа**

Задачами лечения в течение первого часа являются восстановление и поддержание сердечного ритма, наполнения капилляров  $\leq 2$  секунд, нормализация кровяного давления, устранение различий между периферическим и центральным пульсом, обеспечение оксигенации и дыхания, теплых конечностей, выделения мочи больше 1 мл/кг/ в час, нормализация психического состояния, обеспечение сердечного индекса 3.3 - 6.0 л/мин/м<sup>2</sup>, сатурация кислорода в полуую верхнюю вену свыше 70%.

### **В первые минуты**[\[править\]](#) [|](#) [править код](#)

Первой задачей при критических состояниях ребёнка — контроль и **обеспечение проходимости дыхательных путей и функционирования дыхания**. При дыхательной недостаточности необходимо использовать ручной дыхательный аппарат для искусственной вентиляции лёгких с последующим осуществлением эндотрахеальной интубации. Как правило это не требуется на стадии компенсирования. Поэтому первой задачей становится снабжение кислородом и кардиореспираторный контроль (через маску или катетер). В то же время, чтобы сократить метаболические затраты на функционирование дыхания, можно использовать эндотрахеальную интубацию. В отношении шоковых пациентов находящихся под интубацией и седативным эффектом рекомендуется предпочитать препараты с меньшим гемодинамическим эффектом такие как кетамин по отношению к препаратам способствующим гипотензии таким как опиаты, бензодиазепины и пропофол. Несмотря на то, что этомидат гемодинамически нейтрален, он не рекомендуется при септическом шоке поскольку оказывает влияние на подавление кортизола. Оптимизация оксигенации. Снабжение кислородом должно осуществляться независимо от значения пульсовой оксиметрии. Трансфузию проводят при низких значениях гемоглобина (<8-10 гр/децилитр).

### **В первые 5 -15 минут. Первичные реанимационные действия**[\[править\]](#) [|](#) [править код](#)

Следующей задачей является обеспечение **сосудистого доступа**. Рекомендуется начинать с периферического интравенозного доступа. При трехкратной неудаче или невозможности такого доступа в течение 90 секунд, может быть применена внутрикостная инфузия или можно при интравенозном доступе применить катетер центральных вен или технику вскрытия вен. Внутрикостная инфузия обеспечивает более ускоренный сосудистый

доступ в сравнении с катетером центральных вен. У детей возраста от 1 до 2 недель может использоваться катетеризация пупочной вены. Пациенты находящиеся в состоянии шока часто требуют несколько линий сосудистого доступа.

Уменьшенное конечно-диастолическое давление и гиповолемия — распространённая причина педиатрического шока. Только при кардиогенном шоке не достигается положительного эффекта от увеличения конечно-диастолического давления за счёт внутривенного (внутрикостного) болюса. В общем случае первоначальный **внутривенный (внутрикостный) болюс** 20 мл на кг веса, изотонического кристаллоидного раствора, такого как физиологического раствора или лактата Рингера, должен быть влит в течение от 5 до 10 минут (например, посредством большого шприца). Коллоидный раствор (например, альбумин) имеет более продолжительный эффект. Если пациенты с травматической кровопотерей остаются гемодинамически нестабильными после двух болюсов кристаллоидного раствора, требуется вливание эритроцитарной массы объёмом 10 мл на кг веса. После каждого болюса пациент должен проверяться на улучшение психических функций, показателей жизненно-важных функций, периферический пульс. Повторный болюс раствора может понадобиться до достижения общего объёма вводимого раствора 80 мл (и больше) на кг. веса для восстановления внутрисосудистого объёма. Развитие гепатомегалии или хрипов может свидетельствовать об избытке раствора и может потребовать другие виды терапии такие как вазоактивную инфузию. Это особенно характерно для кардиогенного и септического шока. Рекомендуется использовать инотропные и вазоконстрикторные препараты при невосприимчивости шока к применению растворов.

Для нормализации электролитов (особенно кальций) и глюкозы - необходимо контролировать гипергликемию для достижения уровня  $\leq 180$  мг/децилитр. Также необходима терапия гипертермии и боли для понижения метаболических потребностей.

Дальнейшее лечение зависит от этиологии. При септическом шоке применяют антибиотики широкого спектра действия в течение первого часа. Пациенты с токсическим шоком должны принимать антибиотики клиндамицин. При анафилактическом шоке применяют адреналин внутривенно, дифенгидрамин внутривенно, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, глюкокортикоид, альбутерол через ингаляцию. Перикардальная тампонада облегчается перикардиоцентезом, напряжённым пневмотораксом посредством пунктирования или торакостомии, также она облегчается посредством эмболии лёгких и тромболитиков. Отравление угарным газом лечится 100% кислородом, гипербарической кислородной терапией. Пациенты с метгемоглобинемией остаются цианотичными даже при получении 100% кислородом поэтому может быть применено лечение метиленовой синью. Суправентрикулярная тахикардия лечится аденозином если пациенты гемодинамически стабильны и синхронизированной кардиоверсией если не стабильны. Дуктально зависимый обструктивный шок лечится инфузией простагландином E.

**В первые 15-60 минут, если шоковое состояние сохраняется** [[править](#) | [править код](#)]

Допаминовая терапия требуется для тех пациентов у которых сохраняется состояние гипотензии после реанимации растворами.

Пациентам с кардиогенным шоком для увелечения сократительной способности сердца и тканевой перфузии требуются инотропные препараты. Даже в случае других видов шока (гиповолемического, дистрибутивного, септического) на поздних стадиях пациенты испытывают сердечные дисфункции. В таких случаях только после осуществления инфузионной реанимации если признаки шока остаются, наблюдается гипотензия применяют инотропные препараты. Необходимо осуществлять контроль венозного центрального давления для оценки адекватности инфузионной реанимации. При септическом шоке пациентам могут потребоваться вазоактивные препараты для понижения или повышения системного сосудистого сопротивления.

Адреналин или допамин это инотропные препараты первой линии. Рекомендуется введение инотропных препаратов через периферический катетер, без промедления. Малые дозы

допамина (2-5 мг. на кг. в минуту) улучшают почечный кровоток и выведение мочи. Средние дозы допамина (5-10 мг. на кг. в минуту) вызывают первичный бета-адреномиметический эффект, улучшая сократимость и увеличивая сердечный ритм. Высокие дозы допамина (10-20 мг. на кг. в минуту) вызывают альфа-адреномиметический эффект приводящий к периферической вазоконстрикции и улучшению гипотензии. В силу увеличенной смертности прежде всего взрослых больных при приеме допамина в качестве инотропных препаратов первой линии многие врачи предпочитают использовать адреналин. Эпинефрин (адреналин) имеет преимущественно бета-адреномиметический эффект при низких дозах (0.05–0.1 мг. на кг. в минуту) и альфа-адреномиметический эффект при высоких дозах (до 1 мг. на кг. в минуту). Адреналин рекомендуется для состояний устойчивого к допамину холодного септического шока. Норэпинефрин (0.01–1 мг. на кг. в минуту) имеет преимущественно альфа-адреномиметический вазоконстриктивный эффект поэтому предпочтителен при теплом септическом шоке с низким системным сосудистым сопротивлением, а также при состояниях дистрибутивного шока (анафилаксия, неврогенный шок, некоторые состояния токсического шока). Добутамин (1–20 мг. на кг. в минуту, обычно 10-20 мг. на кг. в минуту) полезен при кардиогенном шоке поскольку имеет бета-адреномиметический эффект увеличивая сократительную способность сердца, однако при гипотензии добутамин при периферической вазодилатации может быть вреден. Добутамин и допамин могут быть неэффективны для пациентов в возрасте до 12 месяцев.

У новорожденных с дуктальными патологиями во второй половине первой недели жизни проявляется шок и цианоз. К таким патологиям относятся гипоплазия левой половины сердца, коарктация аорты, атрезия трёхстворчатого клапана. Для обеспечения открытости артериального протока необходима инфузия простагландина E1 (0.1 мг. на кг. в минуту, титруемый до появления эффекта) если причиной шока предполагается дуктальная патология. Результатом терапии простагландином E1 может быть апноэ поэтому необходим контроль проходимости дыхательных путей.

Если наблюдается гипотиреоз необходима терапия тиреоидным гормоном Для пациентов с септическим шоком и диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием могут потребоваться препараты крови. Эритроцитная масса 10 см<sup>3</sup>/кг потребуется для того чтобы обеспечить поддержание гемоглобина 10 г/децилитр для нестабильных пациентов, пациентов с гипоксемией или пациентов с кровопотерей, а также для того чтобы обеспечить поддержание уровня 7-9 г/децилитр для стабильных пациентов. Свежезамороженная плазма может потребоваться для исправления нарушений с протромбином, и частичным тромбопластиновым временем. Но её использование должно осуществляться с осторожностью поскольку приводит к гипотензии. Криопреципитат может потребоваться при гипофибриногенемии.

#### **Терапия по истечении первого часа** [[править](#) | [править код](#)]

В случае устойчивого к катехоламину септического шока при подозрении на недостаточность надпочечников применяют большие дозы гидрокортизона 2 мг/кг или 50 мг/м<sup>2</sup> площади тела. Также при устойчивом к катехоламину холодном септическом шоке с нормальным кровяным давлением и сатурацией кислорода в полую верхнюю вену меньше 70% требуется вазодилататор (нитропруссид) ингибитор фосфодиэстеразы 3-го типа (милринон). При холодном септическом шоке с низким кровяным давлением и сатурацией кислорода в полую верхнюю вену меньше 70% рекомендуется продолжающаяся титрация эпинефрина. При теплом септическом шоке рекомендуется продолжающаяся титрация норэпинефрина, возможно с дополнительным вазопрессин (0.0003–0.0008 U/kg/min) или терлипрессина. Также при устойчивом к катехоламину шоке (особенно септическом или кардиогенном) можно применить вспомогательную желудочковую систему или акстракорпоральную мембранную оксигенацию. Рекомбинантный активированный протеин С (Дротрекогин альфа) рекомендован при септическом шоке только для взрослых пациентов.

Гиповолемический шок

Этот вид шока возникает в результате быстрого уменьшения объёма циркулирующей крови, что приводит к падению давления наполнения циркуляторной системы и к снижению венозного возврата крови в сердце. Вследствие этого развивается нарушение кровоснабжения органов и тканей и их ишемия.

### **Причины**

Объём циркулирующей крови может быстро уменьшиться из-за следующих причин:

- кровопотеря;
- плазмопотеря (например, при ожоге, перитоните);
- потеря жидкости (например, при поносе, рвоте, обильном потоотделении, сахарном и несахарном диабете).

Нетравматическая кровопотеря, ведущая к гиповолемическому шоку может быть вызван эпистаксисом гастроинтестинальным кровотечением, образованием свищасосуда.

### **Стадии**

В зависимости от тяжести гиповолемического шока, в его течении выделяют три стадии, которые последовательно друг друга сменяют. Это

- Первая стадия — непрогрессирующая (компенсированная). Перфузия жизненно важных органов сохраняется за счет компенсаторных механизмов; как правило, не наблюдается выраженной гипотензии вследствие повышение общего периферического сосудистого сопротивления. На этой стадии отсутствуют порочные круги.
- Вторая стадия — прогрессирующая. Компенсаторные механизмы не в состоянии обеспечить достаточную перфузию, запускаются и прогрессируют все патогенетические механизмы развития шока.
- Третья стадия — стадия необратимых изменений. На этой стадии никакие современные противошоковые средства не позволяют вывести больного из этого состояния. На этой стадии врачебное вмешательство может вернуть на короткий период времени артериальное давление и минутный объём сердца к норме, но это не останавливает разрушительные процессы в организме. Среди причин необратимости шока на этой стадии отмечают нарушение гомеостаза, которое сопровождается тяжёлыми повреждениями всех органов, особенное значения имеет повреждение сердца.

### **Порочные круги**

При гиповолемическом шоке формируется много порочных кругов. Среди них наибольшее значение имеет порочный круг, способствующий повреждению миокарда и порочный круг, способствующий недостаточности вазомоторного центра.

#### **Порочный круг, способствующий повреждению миокарда**

Уменьшение объёма циркулирующей крови приводит к снижению минутного объёма сердца и падению артериального давления. Падение артериального давления ведёт к уменьшению кровообращения в коронарных артериях сердца, что приводит к уменьшению сократимости миокарда. Снижение сократимости миокарда ведёт к ещё большему уменьшению минутного объёма сердца, а также к дальнейшему падению артериального давления. Порочный круг замыкается.

#### **Порочный круг, способствующий недостаточности вазомоторного центра**

Гиповолемией обусловлено снижение минутного объёма выброса (то есть уменьшение объёма крови, изгоняемого из сердца за одну минуту) и уменьшение артериального давления. Это приводит к уменьшению кровотока в головном мозге, а также к нарушению деятельности сосудодвигательного (вазомоторного) центра. Последний находится в продолговатом мозге. Одним из последствий нарушения в вазомоторном центре считается падение тонууса симпатической нервной системы. В результате нарушаются механизмы централизации кровообращения, падает артериальное давление, а это, в свою очередь, запускает нарушение мозгового кровообращения, что сопровождается ещё большим угнетением вазомоторного центра.

### **Шоковые органы**

---

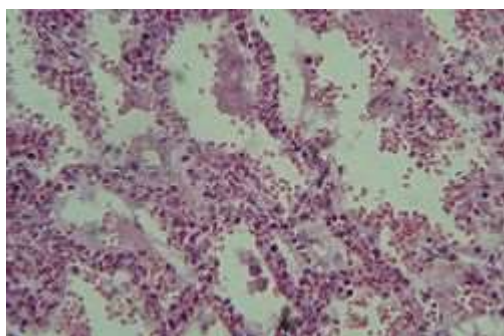
В последнее время часто стал употребляться термин «шокового органа» («шоковое лёгкое» и «шоковая почка»). При этом имеется в виду, что воздействие шокового раздражителя нарушает функцию этих органов, а дальнейшие нарушения состояния организма больного тесно связаны с изменениями в «шоковых органах»<sup>161</sup>.

### «Шоковое лёгкое»

#### История

Этот термин впервые ввел в практику Ashbaugh (1967 год) при описании синдрома прогрессирующей острой дыхательной недостаточности. Однако ещё в 1944 году Burford и Burbank описали похожий клинико-анатомический синдром, назвав его «мокрым (влажным) лёгким». Через некоторое время было обнаружено, что картина «шокового лёгкого» встречается не только при шоках, но и при черепно-мозговой, торакальной, абдоминальной травмах, при кровопотере, длительной гипотензии, аспирации кислого желудочного содержимого, массивной трансфузионной терапии, острой почечной недостаточности, нарастающей декомпенсацией сердца, тромбоэмболии лёгочной артерии. В настоящее время не обнаружено никакой связи между длительностью шока и тяжестью лёгочной патологии.

#### Этиология и патогенез



Гистологическая картина «шокового лёгкого». Наблюдается диффузный отек лёгкого, нейтрофильная и Т-клеточная инфильтрация, диффузное повреждение стенки альвеол, гиалиновая дистрофия.

Чаще всего причиной развития «шокового лёгкого» является гиповолемический шок. Ишемия многих тканей, а также массивный выброс катехоламинов приводят к поступлению в

кровь коллагена, жира и других веществ, которые вызывают массивное тромбообразование. Из-за этого нарушается микроциркуляция. Большое количество тромбов оседают на поверхности сосудов легких, что связано с особенностями строения последних (длинные извитые капилляры, двойное снабжение кровью, шунтирование). Под действием медиаторов воспаления (вазоактивные пептиды, серотонин, гистамин, кинины, простагландины) увеличивается сосудистая проницаемость в лёгких, развивается бронхоспазм, выброс медиаторов приводит к сужению сосудов и к их повреждению.

#### Клиническая картина

Синдром «шокового лёгкого» развивается постепенно, достигая своего апогея обычно через 24-48 часов, исходом зачастую является массивное (часто двустороннее) поражение лёгочной ткани. Процесс клинически подразделяется на три стадии.

1. Первая стадия (начальная). Доминирует гипоксия, рентгенологическая картина лёгкого обычно не изменена (за редким исключением, когда при рентгенологическом исследовании отмечается усиление лёгочного рисунка). Цианоз (синюшный оттенок кожи) отсутствует. Парциальное давление кислорода резко снижено. Аускультация выявляет рассеянные сухие хрипы.

2. Вторая стадия. Во второй стадии нарастает тахикардия, возникает тахипноэ (частота дыхания), парциальное давление кислорода ещё больше снижается, усиливаются нарушения психики, парциальное давление углекислоты несколько повышается. Аускультация выявляет сухие, а иногда и мелкопузырчатые хрипы. Цианоз не выражен. Рентгенологически определяется уменьшение прозрачности лёгочной ткани, появляются двусторонние инфильтраты, неясные тени.

3. Третья стадия. При третьей стадии без специальной поддержки организм нежизнеспособен. Развивается цианоз. Рентгенологически выявляется увеличение

количества и размеров очаговых теней с переходом их в сливные образования и тотальное затемнение легких. Парциальное давление кислорода снижается до критических цифр.

### «Шоковая почка»



Патологоанатомический препарат почки больного, умершего от острой почечной недостаточности.

Понятие «шоковая почка» отражает острое нарушение функции почек. В патогенезе ведущую роль играет то, что при шоке происходит компенсаторное шунтирование артериального кровотока в прямые вены пирамид с резким снижением объёма гемодинамики в области коркового слоя почек. Это подтверждено результатами современных патофизиологических

исследований<sup>[7]</sup>.

### Патологическая анатомия

Почки несколько увеличены в размерах, набухшие, корковый слой их малокровен, бледно-серого цвета, околomозговая зона и пирамидки, напротив, темно-красного цвета. Микроскопически в первые часы определяется малокровие сосудов коркового слоя и резкую гиперемию околomозговой зоны и прямых вен пирамид. Редко встречаются микротромбозы капилляров гломерул и приводящих капилляров.

В дальнейшем наблюдаются нарастающие дистрофические изменения нефротелия, охватывающие сначала проксимальные, а затем и дистальные отделы нефрона.

### Клиническая картина

Картина «шоковой» почки характеризуется клиникой прогрессирующей острой почечной недостаточности. В своём развитии острая почечная недостаточность при шоке проходит четыре стадии:

Первая стадия протекает в то время, пока действует причина, вызвавшая острую почечную недостаточность. Клинически отмечается снижение диуреза.

Вторая стадия (олигоанурическая). К важнейшим клиническим признакам олигоанурической стадии острой почечной недостаточности относят:

- олигоанурию (с развитием отёков);
- азотемию (запах аммиака изо рта, зуд);
- увеличение размеров почек, боли в поясницах, положительный симптом Пастернацкого (появление эритроцитов в моче после постукивания в области проекции почек);
- слабость, головная боль, подёргивание мышц;
- тахикардия, расширение границ сердца, перикардит;
- диспноэ, застойные хрипы в лёгких вплоть до интерстициального отёка лёгких;
- сухость во рту, анорексия, тошнота, рвота, понос, трещины слизистой оболочки рта и языка, боли в животе, парез кишечника;

Третья стадия (восстановление диуреза). Диурез может нормализоваться постепенно, либо стремительно. Клиническая картина этой стадии связана с возникающей дегидратацией и дизэлектролитемией. Развиваются следующие признаки:

- потеря массы тела, астения, вялость, заторможенность, возможно присоединение инфекции;
- нормализация азотно-выделительной функции.

Четвёртая стадия (выздоровление). Показатели гомеостаза, а также функция почек приходит в норму.

### Неотложная помощь при рвоте у ребенка

- 
-





Рвота очень часто возникает у детей, особенно в раннем возрасте. Причины рвоты весьма разнообразны. И, хотя в некоторых случаях их иногда удастся определить по характеру рвотных масс, рвота, как правило, характеризует состояния, безотлагательно требующие внимания квалифицированного врача.

#### **Что происходит при рвоте?**

*Рвота* – это внезапное опорожнение желудка через рот. Начинается рвота «по команде» рвотного центра, который находится в продолговатом мозге. Он может возбуждаться импульсами из желудка, кишечника,

печени, почек, матки, вестибулярного аппарата, а также при раздражении высших нервных центров (например, рвота на неприятные запахи). Также рвота может возникать в результате действия на рвотный центр различных токсических веществ, медикаментов.

В большинстве случаев рвоте предшествует тошнота, повышенное слюноотделение, быстрое и глубокое дыхание.

Механизм рвоты схематично можно описать так: последовательно происходит опущение диафрагмы, закрытие голосовой щели (что препятствует забросу рвотных масс в дыхательные пути), нижний отдел желудка спазмируется, а верхний расслабляется. Быстрое сокращение диафрагмы и мышц брюшного пресса приводит к выбросу содержимого из желудка.

Причины появления рвоты разнообразны. Это инфекционные болезни, заболевания желудочно-кишечного тракта, хирургические заболевания, патология центральной нервной системы и др. В зависимости от них, рвота может быть однократной и многократной, обильной и скудной, появляться через определённые промежутки времени. По характеру рвотных масс (переваренная или не переваренная пища, примеси слизи, крови, желчи) иногда можно определить причину рвоты.

Необходимо также различать рвоту и срыгивание. Срыгивание обычно происходит без усилий, напряжения мышц живота и диафрагмы, и является результатом переполнения желудка пищей или воздухом.

У детей рвота возникает очень часто, особенно в раннем возрасте. Особую опасность рвоты у малышей определяет то обстоятельство, что у маленьких детей защитные механизмы несовершенны и рвотные массы могут попадать в дыхательные пути.

#### **Рвота: это нужно знать!**

Родители каждого ребенка (особенно младенца!) должны знать о том, в каких случаях при появлении рвоты требуется немедленная помощь врача.

Итак, необходимо вызывать «скорую», если у ребенка наблюдаются следующие симптомы:

- в рвотных массах примесь крови красного или коричневого цвета;
- частая повторная рвота (более четырех раз за 2 часа), приводит к быстрому обезвоживанию;
- рвота, которая сопровождается высокой температурой, значительной вялостью ребенка, полусознательным или бессознательным состоянием;
- рвота, которая возникает после падения ребенка, травмы головы;
- рвота, которая сопровождается болью в животе, отсутствием стула (перистальтики).

Правила доврачебной помощи при рвоте несложны.

1. Если у ребенка наблюдается рвота, его нельзя оставлять самого.
2. Для предотвращения заброса рвотных масс в дыхательные пути, малыша необходимо развернуть на бок, уложить в полувертикальном положении или держать вертикально на руках.

3. После каждого приступа рвоты необходимо промыть ротик ребенка чистой кипяченой водой (с помощью 20-кубового шприца без иглы или спринцовочки), и хорошо обмыть все участки кожи, загрязненные рвотными массами (во избежание раздражения).
4. До установления причин рвоты, не давайте ребенку лекарств и не кормите его.

### **Девять причин рвоты у новорожденных**

1. В первые сутки обильная рвота может наблюдаться при заглатывании большого количества околоплодных вод. Обычно в это время мама с ребенком находится в роддоме и получает всю необходимую помощь. Такое состояние обычно проходит в течение суток.
2. Появление рвоты вскоре после рождения, которое сопровождается нарушением дыхания и приступами удушья, может являться признаком *атрезии хоан* (так называется критическое сужение или заращение носовых ходов). Для обеспечения дыхания в рот ребенка вставляется воздуховод, после чего малышу требуется срочное хирургическое лечение.
3. Еще одним неотложным хирургическим состоянием, при котором появляется рвота, является *атрезия пищевода* (врожденная непроходимость пищевода, которая сопровождается образованием соединений (свищей) с трахеей). Чаще диагноз устанавливается до появления рвоты по появлению обильных пенистых выделений изо рта, усиленному слюноотделению, частым поперхиваниям. Из-за нарушения дыхания появляется синева вокруг губ.
4. Попытка накормить новорожденного приводит к значительному ухудшению состояния из-за забрасывания пищи в дыхательные пути. Быстро развивается воспаление и химический ожог легких. При подозрении на атрезию пищевода ребенку придают возвышенное положение, устанавливают постоянный зонд для отсасывания содержимого, назначают внутривенное введение жидкости и срочно переводят в хирургический стационар.
5. Опасным симптомом является появление у новорожденного на 1-3 сутки жизни обильной рвоты с примесью желчи, зелени, каловых масс. Это может быть признаком *врожденной полной или частичной кишечной непроходимости*. Также рвотные массы с примесью желчи, зелени могут появляться при поражении кишечника (некротическом энтероколите) в результате инфекции, сепсиса, незрелости кишечника, или как последствие выраженного кислородного голодания (после тяжелой асфиксии). Заболевание сопровождается вздутием живота, отсутствием перистальтики, застоем пищи в желудке, рвотой (при этом объем рвотных масс больше объема принятого молока). В таком случае ребенка прекращают кормить, назначают введение жидкости и питательных веществ внутривенно. Ребенка осматривает хирург. При необходимости проводится рентгенография, УЗИ, фиброгастроскопия. При выявлении кишечной непроходимости и в поздних стадиях некротического энтероколита проводится хирургическое лечение по жизненным показаниям.
6. Сразу после рождения у детей рвота неизменным молоком может появляться в результате *нарушения работы кардиального сфинктера желудка* (халазия, ахалазия кардии). Молоко может задерживаться в пищеводе или из-за неполного смыкания верхнего желудочного сфинктера постоянно забрасывается в пищевод. Чаще рвота возникает в положении на спине, левом боку, при изменении положения, при поглаживании живота. Показано кормление в вертикальном положении, часто и малыми порциями. В тяжелых случаях приподнятое положение нужно соблюдать круглосуточно. Если рвота наблюдается часто, ребенок не набирает вес, становится вялым, обязательно необходима консультация хирурга.
7. *Пилоростеноз* проявляется на 2-4 неделе жизни. Это порок развития пилорического отдела желудка (круговой мышцы, расположенной на месте соединения желудка и кишечника), который приводит к его непроходимости. Основным симптомом – рвота фонтаном створоженным молоком, в объеме больше объема кормления, с частотой от 3 до 16 раз в сутки. Появляется голодный запор. Ребенок возбужден, прогрессивно теряет вес. Лечение хирургическое.

8. Рвота у новорожденных может возникать при *поражении центральной нервной системы* после перенесенной асфиксии, внутриутробного кислородного голодания, после перенесенных внутриутробно инфекций (токсоплазмоз, герпес, цитомегаловирус). Такая рвота сопровождается выраженным возбуждением или угнетением ребенка, косоглазием и другими глазодвигательными нарушениями, судорожными подергиваниями, длительным дрожанием подбородка, конечностей. При таких признаках ребенок нуждается в особенной заботе матери, тщательном щадящем уходе. Наблюдение и лечение проводится с обязательным участием невропатолога. В постановке точного диагноза может помочь УЗИ головного мозга.

9. При упорной рвоте у новорожденных необходимо также исключить *адреногенитальный синдром*, который возникает в результате повышения выделения гормонов корой надпочечников. Сопровождается неукротимой рвотой, выраженным угнетением ребенка, резким падением массы тела. Характерным признаком является увеличение половых органов. Для оказания неотложной помощи ребенка с такими симптомами необходимо госпитализировать в отделение новорожденных.

10. Кроме вышеперечисленных причин рвоты у новорожденных также можно отметить *незрелость желудочно-кишечного тракта*, нерациональное вскармливание, непереносимость коровьего молока, галактоземию (наследственную непереносимость молока), гипervитаминоз «Д» и др.

Для определения причины рвоты у новорожденных необходимо обязательно проконсультироваться с врачом. Если малыш вырвал однократно, это не обязательно является признаком патологии. Когда успокоится рвотный рефлекс его необходимо покормить, поддержать в вертикальном положении.

#### **Рвота у детей первых лет жизни и старшего возраста**

Согласно наблюдениям врачей, у детей первых лет жизни рвота с наибольшей частотой возникает в начале острых инфекционных процессов и при пищевых отравлениях, хирургических заболеваниях. У детей старшего возраста рвота чаще связана с патологией желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.

В целом же львиная доля случаев рвоты у детей возникает при инфекциях (в том числе отравлениях), хирургической патологии, при заболеваниях центральной нервной системы, при нарушении психоэмоционального состояния, а также из-за развития ацетонемического синдрома. Что же полезно знать об этих пяти состояниях, при которых чаще всего наблюдается рвота у мальчишек и девчонок, вышедших из младенческого возраста?

#### *Инфекционные процессы*

При инфекционных процессах (кишечных инфекциях, ОРВИ, воспалении легких, отитах, заболевании мочевыводящего тракта) рвота возникает после тошноты, на фоне повышения температуры, ухудшения общего состояния, часто сопровождается поносом. Рвоту может дополнительно спровоцировать кашель, особенно если при кашле ребенок заглатывает мокроту.

Тяжелая тошнота и рвота могут быть выраженными при вирусном гепатите, даже до появления желтухи.

При тяжелом течении инфекции ребенок должен получать лечение в стационаре, при более легком – в домашних условиях под контролем участкового педиатра. Назначается соответствующая терапия.

#### *Хирургические заболевания*

Практически все хирургические заболевания брюшной полости сопровождаются рвотой, выраженным болевым синдромом, усилением боли при ощупывании живота, нарушением перистальтики, запорами или поносом. Рвота характерна для: аппендицита, дивертикулита, холецистита, кишечной непроходимости, гастрита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, стеноза пищевода, воспаления поджелудочной железы, перитонита, а также для ущемления грыжи.

Для точной постановки диагноза необходимо отметить, связана ли рвота с приемом пищи или вызвана другими факторами, приносит ли облегчение, когда возникает. Важен также характер рвотных масс (примеси слизи, желчи, крови, кислый или тухлый запах). Для исключения хирургической патологии необходима консультация хирурга, проведение анализов, УЗИ, фиброгастроскопии, рентгенологического исследования. До постановки диагноза ребенка нельзя кормить, применять обезболивающие средства. Чем скорее будет установлен диагноз, тем больше шансов на выздоровление!

#### *Заболевания центральной нервной системы*

Причинами рвоты могут быть: повышение внутричерепного давления, воспаление оболочек мозга, опухоли, эпилепсия, мигрень, токсические поражения мозга, повреждение внутреннего уха. При этом рвота не зависит от приема пищи, язык не обложен, стул нормальный, живот безболезненный. Одновременно обнаруживается головокружение, обмороки, учащение пульса, нарушение зрения, сильные головные боли. Возникновение рвоты ночью характерно для опухолей мозга.

#### *Психогенная рвота*

У детей нередко имеет место рвота, вызванная психогенными факторами: страхом тревогой, злостью, волнением. Также причиной рвоты могут быть заболевания с выраженным психическим компонентом, анорексией (отсутствием аппетита), булимией (повышенным аппетитом). Иногда может быть демонстративная рвота с целью привлечь к себе внимание, или рвота при принудительном кормлении. Во всех случаях общее состояние не нарушается, и рвота может повториться при тех же обстоятельствах.

Циклическая рвота в виде приступов сопровождается головной болью, болью в животе, повышением температуры тела, является проявлением вегетативных расстройств. Такое состояние требует постоянного наблюдения и лечения у невропатолога.

Если рвота однократная, не сопровождается значительным повышением температуры, ребенок испытывает чувство жажды, следует выбрать выжидательно-наблюдательную позицию. Его необходимо умыть, прополоскать рот, успокоить, уложить в постель. Постепенно возместить потери жидкости, отпаивая часто, теплым питьем, небольшими порциями. Соки давать в очень небольшом количестве.

При появлении чувства голода, можно дать ребенку сухарик или галетное печенье, рисовый отвар. Диету расширять постепенно на протяжении недели. Если рвота усиливается или появляются другие опасные симптомы (см. главу «Рвота: это нужно знать!»), необходимо срочно обратиться к врачу.

#### *Ацетонемический синдром*

Часто причиной многократной рвоты у детей является ацетонемический криз (в результате накопления в крови ацетона и ацетоуксусной кислоты). Ацетонемический синдром может развиваться на фоне тяжелых заболеваний (сахарный диабет и др.), но может быть первичным – то есть быть следствием неадекватной реакции организма на обычные раздражители: испуг, боль, погрешности в диете, избыток эмоций.

Ацетонемический криз сопровождается схваткообразными болями в животе, тошнотой, повышением температуры до 38,5°C, наличием в моче, рвотных массах, выдыхаемом воздухе ацетона.

Необходимо за помощью обратиться к участковому педиатру. До прихода врача ребенка не кормить 6-8 часов. Поить ребенка часто, небольшими порциями по чайной ложке через 10-15 минут. Используют щелочное питье (минеральные воды «Боржоми», «Поляна Квасова»), отвар сухофруктов, «регидрон», раствор фруктозы. Если малыш отказывается пить, жидкость вводят в рот пипеткой или шприцом постоянно по несколько миллилитров. В сутки ребенок должен выпить 100 миллилитров жидкости на килограмм массы тела.

Следует обязательно провести очистительную клизму с прохладной кипяченой водой 25-26°C, что поможет снизить температуру тела. Хороший эффект дают содовые свечи.

Если состояние ребенка ухудшается или он совсем отказывается пить, его нужно положить в больницу.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №12

### ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО УХОДА БОЛЬНОГО СО СТОРОНЫ ВРАЧА. ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ.

#### Послеоперационный период

**А. Основные правила.** В послеоперационном периоде нужно следить не только за основными физиологическими показателями и функцией жизненно важных органов, но и за рядом специфических показателей, зависящих от характера операции.

**1.** Наблюдение за АД, ЧСС, частотой дыхания, температурой тела, диурезом и удельным весом мочи начинают сразу после операции. При критических состояниях может потребоваться непрерывная регистрация ЭКГ и инвазивный мониторинг гемодинамики.

**2.** При возникновении послеоперационной лихорадки нужно исключить ателектаз, пневмонию, инфекции мочевых путей, раневую инфекцию, тромбоз глубоких вен и катетерный сепсис. В последнем случае источником инфекции может быть венозный катетер или иное внутрисосудистое устройство, используемое при мониторинге.

**3.** О восстановлении функции кишечника свидетельствует втянутый живот и отхождение кишечных газов.

**4.** Ранняя активизация снижает риск тромбоэмболических и легочных осложнений. Осмотр ног и аускультацию легких проводят ежедневно.

**5.** Зонды, дренажи, венозные катетеры, устройства для инвазивного мониторинга удаляют как можно раньше. Это позволяет снизить риск инфицирования больничной микрофлорой.

**6.** Операционную рану можно не беспокоить в течение первых 24—48 ч. Лихорадка, боль, изменение цвета кожи, обильное намокание повязки — показания к немедленной ревизии раны. Раневую инфекцию в первые 24 ч после операции обычно вызывают бета-гемолитические стрептококки или клостридии.

**7.** При заболеваниях сердца необходим мониторинг ЭКГ, АД, ДЗЛА, ЦВД, сердечного выброса, газов артериальной крови, гематокрита, содержания калия и кальция в крови. Больной должен находиться в отделении реанимации в течение 72 ч после операции.

**а.** Инфаркт миокарда чаще всего возникает на вторые или третьи сутки после операции. При ИБС в течение 3 сут после операции показана ЭКГ в динамике. Болевой синдром, так же как и активность ЛДГ и КФК, в послеоперационном периоде не является надежным диагностическим критерием инфаркта миокарда.

**б.** Сердечная недостаточность часто проявляется артериальной гипотонией или олигурией. В первую очередь нужно восстановить ОЦК. Если после нормализации ОЦК признаки сердечной недостаточности сохраняются, необходимо полное кардиологическое обследование. На работу сердца влияют преднагрузка, посленагрузка, сократимость миокарда и ЧСС.

**1) Преднагрузка.** Мониторинг ЦВД и ДЗЛА облегчает проведение инфузионной терапии. Хотя оптимальная величина преднагрузки индивидуальна, обычно стремятся поднять ДЗЛА до уровня 10—12 мм рт. ст. Повышение ДЗЛА до 15—18 мм рт. ст. может существенно улучшить работу сердца без угрозы развития отека легких. Для увеличения преднагрузки прибегают к инфузии солевых растворов; для снижения — назначают диуретики (например, фуросемид), а при олигурии проводят гемодиализ.

**2) Посленагрузка.** При повышении ОПСС, что часто бывает в послеоперационном периоде из-за повышения симпатического тонуса, ослабленный миокард не способен поддерживать нормальный сердечный выброс. Кроме того, периферическая вазоконстрикция приводит к ухудшению перфузии тканей. В этих условиях на работу сердца может благоприятно повлиять снижение посленагрузки. При высоком давлении наполнения желудочков и выраженной вазоконстрикции снижение посленагрузки улучшает перфузию тканей и снижает потребность миокарда в кислороде. Назначают

длительную в/в инфузию нитропруссид натрия со скоростью 0,5—10 мкг/кг/мин на фоне непрерывного мониторинга АД. Препарат ни в коем случае нельзя вводить струйно. Можно также использовать нитроглицерин.

**3) Сократимость миокарда.** Для полноценной работы сердца необходимо устранить гипоксию и ацидоз. Из инотропных препаратов чаще всего используют дофамин. В дозах 2—5 мкг/кг/мин он вызывает вазодилатацию (в том числе — коронарных сосудов); в дозах 5—10 мкг/кг/мин проявляется инотропный эффект; дозы, превышающие 10 мкг/кг/мин, приводят к стимуляции альфа-адренорецепторов и вазоконстрикции. При высоком давлении наполнения желудочков эффективна в/в инфузия добутамина (начальная скорость — 2—10 мкг/кг/мин).

**4) ЧСС.** Насосная функция сердца оптимальна при ЧСС 100—120 мин<sup>-1</sup>; лечение нарушений ритма сердца — см. гл. 5.

**5)** При неэффективности консервативных мероприятий показана внутриаортальная баллонная контрпульсация.

**в. Аритмии** — см. гл. 5.

**8.** Активная профилактика дыхательной недостаточности позволяет свести к минимуму неблагоприятные последствия общей анестезии (снижение емкости и податливости легких, уменьшение ЖЕЛ и функциональной остаточной емкости легких).

**а.** Наркотические анальгетики назначают в малых дозах и с малыми интервалами — так, чтобы достичь обезболивания без излишней сонливости. Устранение боли значительно облегчает дыхание. Эффективны в/в инфузия, скорость которой регулирует сам больной, и введение морфина в эпидуральное пространство.

**б.** Частое изменение положения тела, постуральный дренаж, стимуляция кашля, гипервентиляция, ранняя активизация, применение спиротренажера (для стимуляции глубокого дыхания) снижают риск послеоперационных дыхательных расстройств.

**в. Разжижение мокроты** — см. гл. 12, п. II.Б.13.д.

**г.** При необходимости прибегают к ингаляции кислорода. Нельзя забывать, что чистый кислород оказывает токсическое действие на легкие и может вызвать спадение альвеол из-за вымывания азота. При хронической гиперкапнии ингаляцию кислорода проводят с большой осторожностью из-за возможности угнетения дыхательного центра.

**д. Бронходилататоры** эффективны при бронхоспазме.

**е.** Для лечения долевых или сегментарных ателектазов используют бронхоскопию.

**ж.** Плановая ИВЛ в течение первых суток после операции показана в следующих случаях: сопутствующие среднетяжелые и тяжелые заболевания легких, общая слабость, преклонный возраст, острая дыхательная недостаточность, операции на органах грудной полости или верхних дыхательных путях с отсроченной экстубацией.

**з. Дыхательная недостаточность** и ее лечение — см. гл. 6, п. I.Б.

**9.** Если диурез в послеоперационном периоде падает ниже 0,5 мл/кг/ч, нужно немедленно начинать лечение. Олигурия (диурез ниже 400 мл/сут) характерна для преренальной и паренхиматозной почечной недостаточности. Анурия (диурез ниже 100 мл/сут) означает окклюзию почечной артерии, обструкцию мочевых путей или некроз коркового вещества почек. Лечение ОПН — см. гл. 7, п. II.

**Б. Послеоперационные назначения.** Все назначения после операции переписывают заново. Ни одно из предоперационных назначений не должно оставаться в силе.

**1. Название выполненной операции и вид анестезии.**

**2. Основные физиологические показатели** оценивают часто. В палате пробуждения это делают каждые 15 мин в течение первого часа, каждые 30 мин — в течение следующих 2 ч и каждый час — в течение следующих 4 ч. Потом интервалы между измерениями постепенно увеличивают.

**3.** Сразу после операции обычно продолжает действовать правило «ничего внутрь». Прием пищи разрешают после полного восстановления сознания и функции кишечника. Выбор

диеты — см. гл. 12, п. I.Б.3. При необходимости в раннем послеоперационном периоде назначают энтеральное или полное парентеральное питание.

**4. Режим.** Нужно указать разрешенный объем движений. Обычно рекомендуют как можно раньше вставать и ходить. Венозные катетеры, зонды и т. п. затрудняют движения, но отнюдь не служат противопоказанием к ранней активизации. Иногда целесообразно особое положение тела (сидячее, положение Фаулера и т. д.).

**5.** Ежедневное взвешивание больного, регистрация состава и объема вводимых растворов, объема мочи и других выделений облегчают инфузионную терапию.

**6.** Указания по уходу за дренажами, зондами, катетерами — см. гл. 12, п. I.Б.9.

**7. Профилактика легочных осложнений.** В раннем послеоперационном периоде изменение положения тела, стимуляция кашля и гипервентиляция показаны каждые 2—3 ч; спиротренажер — каждый час. Некоторым больным назначают постуральный дренаж и перкуссионный массаж.

**8. Инфузионная терапия.** Назначения пересматривают как минимум ежедневно (см. гл. 13, п. IV).

**9. Лекарственные средства.** Все назначения должны быть сделаны заново. Указывают все препараты, которые должен получать больной, включая те, которые он принимает постоянно. Обычно назначают наркотические анальгетики (морфин, петидин); наиболее эффективно частое введение малых доз. Для тяжелобольных целесообразна длительная в/в инфузия морфина под наблюдением персонала. Скорость инфузии должна обеспечивать полное обезболивание и как можно меньше угнетать дыхание.

**10. Уход за ранами:** тип повязки, частота перевязок, лекарственные средства для открытого лечения ран.

**11. Специальные указания:** например, измерение окружности живота или сбор отделяемого по дренажам.

**12. Лабораторные исследования.** Общепринятых схем для послеоперационного периода нет. Обычно регулярно измеряют гематокрит и электролиты плазмы. Все остальные анализы назначают в соответствии с характером хирургического заболевания и видом операции.

**13. Перечень состояний, о возникновении которых необходимо поставить в известность лечащего врача.** Сюда могут быть включены лихорадка, изменения диуреза, результатов анализов и т. п. Для раннего послеоперационного периода врач должен указать допустимые значения основных физиологических показателей.

#### **В. Заполнение истории болезни**

**1. Послеоперационное заключение** должно включать: диагноз до операции, диагноз после операции, название операции, вид анестезии, фамилии хирурга и ассистентов, операционные находки, объем кровопотери, перелитые компоненты крови и кровезаменители, установленные дренажи и зонды, взятые на исследование образцы, осложнения, состояние после операции.

**2.** При описании послеоперационного состояния указывают психический статус, основные физиологические показатели, диурез, состояние повязок, дренажей, зондов.

**3.** Содержание дневниковых записей определяется в первую очередь характером проведенной операции. Кроме того, они должны отражать динамику общего состояния больного и основных физиологических показателей.

#### **IV. Выписка**

**А.** Подготовку к выписке начинают заранее, чтобы избежать необоснованного пребывания в больнице.

**1.** С больным проводят беседу, во время которой объясняют, как будет проходить выздоровление, дают рекомендации по режиму, диете, медикаментозному лечению, уходу за ранами и дренажами.

**2.** Обеспечивают больного специальным оборудованием, если оно необходимо.

**3.** Назначают послеоперационный визит к врачу, в лабораторию и в кабинет физиотерапии.

**Б.** Назначения желательно сделать за 24 ч до выписки. Они должны включать:

1. Дату и время выписки.
  2. Диагноз при выписке.
  3. Дату и время повторных визитов.
  4. Лекарственные средства: доза, способ применения, количество, выданное на руки.
- В.** В историю болезни вносят эпикриз.

Измерение температуры тела, алгоритм выполнения

Измерение температуры тела. **Цель.** Выявление пациентов с температурой; наблюдение за течением заболевания.

**Показания к измерению температуры тела.** Всем пациентам в стационаре температура тела измеряется 2 раза в сутки: утром после сна с 7.00 до 9.00, вечером после тихого часа с 16.00 до 17.00. Здоровым людям измеряют температуру при плохом самочувствии с целью выявления заболевания.

**Оснащение.** Максимальный медицинский термометр; температурный лист; бумага для температурного списка; карандаш: простой или черный и красный; 2 % раствор хлорамина.

**Алгоритм измерения температуры тела.**

1. Определяют показания ртутного столба максимального медицинского термометра и стряхивают ртутный столб до отметки ниже +35 °С.
2. Через белье пациента пальпируют область подмышечной впадины. Спрашивают больного, нет ли болезненности при пальпации. Если была отмечена боль, осматривают область. Если есть внешние проявления воспаления (покраснение, отек), то выбирают другое место измерения. При пальпации пот впитывается в белье пациента, а подмышечная впадина высушивается.
3. Ставят термометр узким концом в подмышечную впадину, располагают руку пациента к туловищу так, чтобы резервуар с ртутью со всех сторон соприкасался с телом.
4. Оставляют термометр на 10 мин, попросив пациента лежать или сидеть спокойно. Детям или тяжелобольным необходимо поддерживать руку, приведенную к туловищу.
5. Через 10 мин извлекают термометр, снимают с него показания.
6. Фиксируют показания в общем температурном списке в виде цифровой записи и в температурном листе истории болезни графически в виде ломаной линии, соединяющей последовательно отмеченные точки показаний утренней и вечерней температуры.
7. После использования термометр сразу же замачивают на 5 мин, полностью погрузив в 2 % раствор хлорамина в сосуде, дно которого выстлано марлей. Затем термометр промывают проточной холодной водой, сушат и хранят сухим.

Измерение температуры тела, температурные кривые, кризис - слева, лизис - справа.

**Примечания.** У здорового человека температура колеблется от +36 до +37 °С. Физическая нагрузка, прием пищи, эмоциональное возбуждение могут привести к повышению температуры тела у здорового человека. Кроме подмышечной впадины температуру тела можно измерить в ротовой полости, паховой складке, прямой кишке (предварительно смазав термометр вазелином).

Работать с максимальными термометрами необходимо с осторожностью, проверять их на целостность, так как ртуть является экологически опасным веществом и при порче термометра выливается в окружающую среду.

При оформлении температурного листа рекомендуется по линии 37 °С провести красную черту для наглядного определения у пациента периодов повышенной температуры.

**Уход за лихорадящим пациентом.** Таким пациентам необходим уход с учетом изменений температуры тела и состояния.

**Лихорадка** - это повышение температуры тела, возникающее как активная защитно-приспособительная реакция организма в ответ на разнообразные патогенные раздражители. **В течении лихорадки различают три периода.**

**1. Период повышения температуры тела.** Теплопродукция превышает теплоотдачу. Симптомами являются озноб, чувство холода, дрожь в мышцах, головная боль, ноющая боль



во всем теле. Пациента укладывают в постель, укрывают одеялами, обкладывают грелками, дают горячее питье: кофе, чай.

**2. Период максимального подъема.** Теплопродукция и теплоотдача уравниваются друг друга, по происхождению на повышенном уровне. На этом этапе проявляются несколько симптомов. При ощущении жара убирают грелки, лишние одеяла. При усиленном потоотделении осуществляют уход за кожей: обтирают ее, меняют нательное и постельное белье, проводят профилактику пролежней. При сухости во рту ухаживают за полостью рта, орошают ее 2 % раствором натрия гидрокарбоната, смазывают трещины на губах вазелиновым маслом, кремом. Часто дают витаминизированное питье (компоты, морсы). Если пациент истощен, его кормят дробно, пища жидкая и полужидкая, высококалорийная. В этот период возникает головная боль. При температуре +39...+40 возможны нарушения сознания, бред, галлюцинации. Над головой пациента вешают пузырь со льдом (привязывают к спинке кровати). Можно создать индивидуальный пост.

**3. Период снижения температуры.** Теплоотдача резко превышает теплопродукцию. Снижение температуры происходит двумя путями. Критическое снижение (кризис) - это резкое понижение температуры на несколько градусов в течение 1 ч. Кризис тяжело переносится пациентами. Критическое снижение проявляется слабостью, резкой бледностью, липким потом, снижением АД, нитевидным пульсом. Медицинской сестре следует приподнять ножной конец кровати на 30 - 40 см. убрать подушки из-под головы пациента, вызвать врача. Она должна обложить пациента грелками, дать крепкий горячий чай, укрыть одеялами, приготовить средства, повышающие АД и стимулирующие работу сердца, провести уход за кожей. При литическом снижении (лизисе) температура нормализуется в течение нескольких суток. Состояние пациента постепенно улучшается, он много спит, у него появляется аппетит. Для пациента создают покой. Постель должна быть удобной. Медицинская сестра меняет белье, ухаживает за кожей пациента, кормит в любое время.

### **Пульс и артериальное давление у ребёнка**

Для того чтобы оценить состояние сердечно-сосудистой системы иногда приходится исследовать пульс ребёнка и измерять его артериальное давление. Часто такие исследования проводятся по показаниям врача. Он может попросить вас следить за пульсом и давлением ребёнка в определённый период времени. Мы расскажем Вам, как необходимо правильно это делать.

#### **Определение пульса**

Для того чтобы подсчитать пульс, вам необходим секундомер или часы с секундной стрелкой. У новорожденного ребёнка пульс можно измерить на височной или сонной артерии. У более старших детей пульс удобно измерять на лучевой артерии. Также пульс можно измерять на бедренной артерии, подколенной артерии, артерии тыла стопы и даже на незакрытом родничке. Перед исследованием нужно успокоить ребёнка и придать ему удобное положение. Вторым, третьим, четвёртым пальцами своей руки нащупайте лучевую артерию. Первый палец должен располагаться на тыльной стороне предплечья ребёнка. После того как вы нащупали лучевую артерию, прижмите её к лучевой кости, это позволит Вам почувствовать пульс ребёнка. Подсчитайте частоту пульса за 1 минуту, также обратите внимание на ритмичность пульса, наполнение и напряжение. У маленьких детей пульс частый, поверхностный, может быть аритмичный.

#### **Нормы пульса**

- У новорожденного - 140 – 160 ударов в минуту;
- В 1 год - 120 – 125 ударов в минуту;
- В 1- 2 года - 110 – 115 ударов в минуту;
- В 2 – 3 года - 105 – 110 ударов в минуту;
- В 3 – 7 лет – 90 – 110 ударов в минуту;
- В 8 – 12 лет 75 – 80 ударов в минуту;

- Старше 12 лет – 70 – 75 ударов в минуту.

Нормальная частота сердечных сокращений (пульс) у детей разного возраста			
Информационная таблица <a href="http://www.pervenez.ru">www.pervenez.ru</a>			
Возраст	Минимальное значение	Средний показатель	Максимальное значение
Новорожденные	110	140	170
10 - 30 дней	110	140	170
1 - 12 месяцев	102	132	162
1 - 2 года	94	124	154
2 - 4 года	90	115	140
4 - 6 лет	86	106	126
6 - 8 лет	78	98	118
8 - 10 лет	68	88	108
10 - 12 лет	60	80	100
13 - 15 лет	60	76	90

Возрастание частоты пульса более 20% от нормы называется тахикардией. Пульс может увеличиваться при беспокойстве ребёнка, физической нагрузке, повышении температуры, кровопотере и тд.

Замедление пульса более 20 % от нормы-брадикардия, более серьёзное заболевание, возникает при шоке, патологии сердца, приёме некоторых лекарственных средств.

#### **Измерение артериального давления**



Врач может назначить измерение артериального давления при нарушениях в деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и т. д. Также детям проводят измерение артериального давления в профилактических целях.

Сейчас существуют электронные тонометры, которые очень удобны для измерения артериального давления в домашних условиях. Они бывают автоматические и полуавтоматические. В автоматических тонометрах есть встроенный компрессор, который позволяет нагнетать и спускать воздух из манжеты.

Для детей рекомендуется использовать специальные детские манжеты, чтобы показания были более точными. Давление лучше измерять с утра, когда ребёнок только проснулся, или после не менее чем 15 мин отдыха. Перед исследованием усадите или уложите ребёнка с разогнутой рукой ладонью вверх, рука должна находиться на уровне сердца. На обнаженное плечо на расстоянии около 2-3 см. от локтевого сгиба накладывается манжета тонометра. Одежда не должна сдавливать руку. Манжетка должна быть закреплена так, чтобы между ней и рукой мог пройти один палец. Если у Вас обычный тонометр соедините манжету и тонометр, а также проверьте, чтобы стрелка находилась на нулевой отметке. В области локтевой ямки нащупайте пульс и поставьте на это место фонендоскоп. Закройте вентиль на груше и начинайте накачивать воздух до того момента, пока не исчезнет пульс. Затем осторожно откройте вентиль, чтобы воздух выходил с небольшой скоростью. Одновременно выслушивайте с помощью фонендоскопа тоны сердца и следите за показаниями шкалы. Появление первого звукового тона, который будет слышаться, как удар является систолическим давлением. Последний удар является диастолическим давлением.

Нормальное артериальное давление у детей разного возраста (мм рт. ст.)		
Информационная таблица <a href="http://www.pervenez.ru">www.pervenez.ru</a>		
Возраст	Систолическое давление	Диастолическое давление
Новорожденные	60 - 80	40 - 50
2 - 8 недель	90	40 - 50
2 - 12 месяцев	100	50 - 60
2 года - 6 лет	100 - 110	60 - 70
7 - 10 лет	100 - 120	60 - 80
11 - 14 лет	110 - 120	70 - 80

Артериальная гипертензия (повышенное АД) характерно для патологии почек, щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарного синдрома и др. Такое состояние требует консультации врача.

Понижение артериального давления (гипотензия) может отмечаться при резком вставании, голодании. Резкое снижение АД характерно для шока различной этиологии, обмороков, дисциркуляторной дистонии.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №13

### БЕСЕДА ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. НАКЛАДЫВАНИЕ ГОРЧИЧНИКА, КОМПРЕССА И ГОРЕЛОК БОЛЬНЫМ.

#### ПИТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Питание** является важнейшей физиологической потребностью организма. Оно необходимо для:

1. построения и непрерывного обновления клеток и тканей;
2. поступления энергии, необходимой для восполнения энергетических затрат организма;
3. поступления веществ, из которых в организме образуются ферменты, гормоны, другие регуляторы обменных процессов и жизнедеятельности.

Обмен веществ, функция и структура всех клеток, тканей и органов находятся в зависимости от характера питания.

**Питание** – это сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ.

**Лечебное питание** – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной или профилактической целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний, достаточных для энергообеспечения организма.

**Основные принципы лечебного питания.** Одним из основных принципов лечебного питания, как и питания вообще, является *сбалансированность пищевого рациона* (количества пищевых продуктов, обеспечивающих суточную потребность человека в питательных веществах и энергии), т.е. соблюдение определенного соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и воды в нужных для организма человека пропорциях.

**Белки**, содержащиеся в пищевом рационе, играют огромную роль в поддержании нормальной жизнедеятельности организма. Они являются строительным материалом для органов и тканей, осуществляют каталитическую (будучи компонентом всех ферментов), а также транспортную функцию, являясь, в частности, переносчиком липидов и углеводов в виде липопротеидов и гликопротеидов; служат исходным материалом для синтеза гормонов, обеспечивают защитные реакции организма, участвуя в выработке антител. При отрицательном азотистом балансе (нарушении равновесия между белковым анаболизмом и катаболизмом) страдают в первую очередь ткани с высокой скоростью обновления белков

(кишечник, кроветворные органы), происходит ослабление сопротивляемости организма.

**Жиры** служат главным образом источником энергии, хотя выполняют в организме и другие функции (например, участие в процессе всасывания жирорастворимых витаминов). Их доля в пищевом рационе должна составлять 30-35% от общей энергетической ценности (в среднем 70-105 г в сутки). К сожалению, у многих людей уровень их потребления составляет 40-45%. Это увеличение происходит за счет так называемых «скрытых жиров» - углеводов, содержащихся, например, в кондитерских изделиях и являющихся в дальнейшем источником образования жиров. Избыток тугоплавких животных жиров может способствовать развитию сердечно - сосудистых заболеваний, поэтому не менее  $\frac{1}{3}$  суточного потребления должны составлять жиры растительного происхождения. В рацион должны обязательно включаться полиненасыщенные жирные кислоты, необходимые для синтеза многих биологически активных соединений (простагландинов и др.).

**Углеводы** – важнейший источник энергии, их содержание в пищевом рационе должно составлять в среднем 400-500 г. Их минимальное потребление не должно быть ниже 50-60 г в сутки во избежание усиления окисления эндогенных липидов (с накоплением кетоновых тел) и расщепления тканевых (в первую очередь мышечную) белков. Большую часть суточного рациона углеводов (300-400 г) целесообразно принимать в виде продуктов, содержащих крахмал, меньшую часть (50-100 г) – в виде моно- и дисахаридов (глюкозы, сахарозы).

**Избыточное потребление углеводов усиливает липогенез и способствует развитию ожирения.** Уменьшение содержания углеводов в пище является обязательной составной частью лечения сахарного диабета.

Помимо белков, жиров и углеводов, в состав пищевого рациона должны входить питьевая вода (в среднем около 1,5 л в сутки), витамины, микроэлементы.

При определении состава пищевого рациона необходимо также учитывать его **энергетическую ценность** и ее соответствие энергетическим затратам организма – расходу энергии на поддержание основного обмена организма (энергезатрат в условиях полного покоя) и различных физических усилий человека. При этом принимают во внимание, что 1 г белков, жиров и углеводов пищи с учетом их усвояемости дает организму соответственно  $17,2 \times 10^3$ ,  $38,9 \times 10^3$ ,  $17,2 \times 10^3$  Дж (4,1, 9,3 и 4,1 ккал) энергии.

**Режим питания.** Наиболее оптимальным для здорового человека считается, как известно, четырехразовый режим питания, при котором: завтрак включает в себя 25% всего пищевого рациона, второй завтрак – 15%, обед – 35%, ужин – 25%. При некоторых заболеваниях режим питания требует радикального изменения.

**Организация питания и кормления больных.** В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока.

Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначают ему определенную диету, делая соответствующую отметку в истории болезни.

Палатная медицинская сестра составляет порционники, в которых указывает общее количество больных, получающих тот или иной стол лечебного питания.

На основании суммирования данных всех порционников на пищеблоке приготавливают нужное количество требуемых блюд.

Общее повседневное руководство питанием больных (как правило, в крупных стационарах) осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет.

Врач-диетолог, кроме того, оказывает врачам отделений консультативную помощь, касающуюся наиболее оптимального выбора стола лечебного питания.

Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль качества продуктов, их закладки, приготовления пищи, доставки в отделения и т. д.) возлагается на диетсестру больницы.

Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Доставку приготовленной пищи в отделения и ее раздачу необходимо осуществлять как

можно быстрее, поскольку остывание пищи и ее вторичный подогрев значительно снижают качество блюд.

Раздачу пищи производят буфетчицы, кормление тяжелобольных является обязанностью палатных медицинских сестер.

**Организация питания и кормления больных.** В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока.

Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначают ему определенную диету, делая соответствующую отметку в истории болезни.

Палатная медицинская сестра составляет порционники, в которых указывает общее количество больных, получающих тот или иной стол лечебного питания.

На основании суммирования данных всех порционников на пищеблоке приготавливают нужное количество требуемых блюд.

Общее повседневное руководство питанием больных (как правило, в крупных стационарах) осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет.

Врач-диетолог, кроме того, оказывает врачам отделений консультативную помощь, касающуюся наиболее оптимального выбора стола лечебного питания.

Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль качества продуктов, их закладки, приготовления пищи, доставки в отделения и т. д.) возлагается на диетсестру больницы.

Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Доставку приготовленной пищи в отделения и ее раздачу необходимо осуществлять как можно быстрее, поскольку остывание пищи и ее вторичный подогрев значительно снижают качество блюд.

Раздачу пищи производят буфетчицы, кормление тяжелобольных является обязанностью палатных медицинских сестер.

**Виды питания хирургических больных.** Питание хирургических больных может быть:

***Естественное:***

1. активное – больные с общим режимом едят сами;
2. пассивное – больных на постельном режиме кормит медсестра.

***Искусственное питание.*** Искусственное питание используют в тех случаях, когда больной не может самостоятельно принимать пищу или же когда питание естественным путем в силу тех или иных причин (тяжелое, истощающее заболевание, предоперационная подготовка и послеоперационный период) оказывается недостаточным.

Существует несколько способов искусственного питания:

1. через зонд, вводимый в желудок; с помощью гастростомы или еюностомы (отверстия, наложенного хирургическим путем в желудке и тощей кишке),
2. посредством парентерального введения различных препаратов, минуя желудочно-кишечный тракт (от греч. *para* – рядом, *entera* – кишечник).

Поскольку при наложении гастростомы или еюностомы для искусственного питания также часто используют зонд, первые два способа нередко объединяют в понятие зондовое, или **энтеральное**, питание.

***Энтеральное питание.*** Энтеральное питание – вид нутритивной терапии, при которой питательные вещества в виде специальных смесей вводятся пероральной или через назогастральный зонд, назодуоденальный зонд, гастростому, еюностому и др., при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при различных заболеваниях.

Энтеральное питание применяется при сохраненной функции желудочно-кишечного тракта, позволяет максимально использовать и поддерживать функциональную активность кишечника физиологическим путем, в связи с чем имеет несомненные преимущества в сравнении с парентеральным питанием.

В длительно нефункционирующем кишечнике развиваются дегеративные изменения ворсинчатого эпителия, повышается риск бактериальной **транслокации** (проникновения микробных тел из просвета кишечника в свободную брюшную полость и системный кровоток).

**Показания для проведения энтерального питания:**

1. белково-энергетическая недостаточность;
2. новообразования, локализованные в области головы, шеи, желудка;
3. лучевая и химиотерапия при онкологических заболеваниях;
4. острые и хронические радиационные поражения, заболевания ЖКТ: болезнь Крона, синдром мальабсорбции, синдром короткой петли, хронический панкреатит, язвенный колит, заболевания печени и желчных путей;
5. питание в пред-и послеоперационных периодах;
6. травма, ожоги, острые отравления;
7. осложнения послеоперационного периода (свищи ЖКХ, сепсис, несостоятельность швов анатомов);
8. инфекционные заболевания.

**Преимущества энтерального питания по сравнению с парентеральным:**

1. использование и поддержание функций кишечника,
2. физиологичность,
3. использование естественного иммунологического барьера слизистой кишечника,
4. возможность различных способов введения (перорально, назогастральный и назоэнтеральный зонд, гастростома, еюностома),
5. может использоваться как добавка к обычной пище,
6. дешевле и безопаснее.

В качестве зондов для искусственного питания применяют мягкие пластмассовые, резиновые или силиконовые трубки диаметром 3-5 мм, а также специальные зонды, имеющие на конце оливку, облегчающие последующий контроль за положением зонда.

Для энтерального (зондового) питания можно использовать различные смеси, содержащие бульон, молоко, масло, сырые яйца, соки, гомогенизированные мясные и овощные диетические консервы, а также детские пищевые смеси.

Кроме того, в настоящее время для энтерального питания выпускают специальные препараты (белковые, жировые, овсяные, рисовые и другие энпиты), в которых в строго определенных соотношениях подобраны белки, жиры, углеводы, минеральные соли и витамины.

Введение питательных веществ через зонд или гастростому можно производить **фракционно**, т.е. отдельными порциями, например 5-6 раз в день; **капельным** путем медленно, в течение длительного времени, а также с помощью специальных дозаторов, позволяющих автоматически регулировать поступление пищевых смесей.

**Кормление больного через зонд.** В отделениях реанимации и интенсивной терапии для кормления больных, находящихся в бессознательном состоянии, используют или постоянные желудочные зонды, которые меняют через 1-2 суток, или вводят их для каждого кормления.

Чаще применяют введение зонда диаметром 5 мм через нос, зонд диаметром 8 мм вводят только через рот для каждого кормления. Для осуществления процедуры необходимо приготовить: желудочный зонд, шприц Жане, аэрозольный баллончик с 10% лидокаином, вазелиновое масло, фонендоскоп, лоток, вату, пеленку и жидкую пищу. Носовые ходы прочищают ватой, с целью анестезии дважды впрыскивают лидокаин, смазывают вазелиновым маслом. Осторожно, вращательными движениями, вводят смазанный вазелиновым маслом зонд через носовой ход в пищевод, а затем в желудок. Необходимо убедиться, что зонд находится в желудке. Для этого, через зонд с помощью шприца Жане подается воздух и в это время прослушивается желудок фонендоскопом, установленным в область эпигастрия – выявляется шум вдуваемого воздуха (при попадании в трахею –

начинается кашель).

Введение питательной смеси производят дробно – по 50 мл через 2 минуты, в объеме 500-800 мл. Целесообразно непрерывное введение питательного раствора, особенно в тех случаях, когда зонд установлен в тонкой кишке.

При кормлении через желудочный зонд можно осуществить дробное введение смеси по 200-300 мл каждые 3-4 часа. При быстром введении, особенно концентрированных смесей, больные могут предъявлять жалобы на возникновение схваткообразных болей в животе, диарею.

Зонд необходимо промывать после каждого кормления больного или, при непрерывном введении, каждые 8 часов.

**Противопоказаниями для проведения энтерального питания** являются следующие:

1. обтурационная острая кишечная непроходимость;
2. ишемия кишечника;
3. несостоятельность межкишечного анастомоза;
4. непереносимость компонентов энтеральной смеси;
5. отделяемое по назогастральному зонду более 1200 мл в сутки.

**Питательная клизма.** Один из способов искусственного энтерального питания – питательная клизма, с помощью которой рекомендовалось, в частности, введение мясных бульонов, сливок и аминокислот, - в настоящее время утратил свое значение. Установлено, что в толстой кишке нет условий для переваривания и всасывания жиров и аминокислот.

**Парентеральное питание** В тех случаях, когда с помощью энтерального питания не удастся обеспечить организм требуемым количеством питательных веществ, используется парентеральное питание.

Парентеральное питание – способ обеспечения больного питательными веществами, минуя желудочно-кишечный тракт, при этом специальные инфузионные растворы, способные активно включаются в обменные процессы организма, вводятся через периферическую или центральную вены.

Парентеральное питание можно разделить на следующие группы:

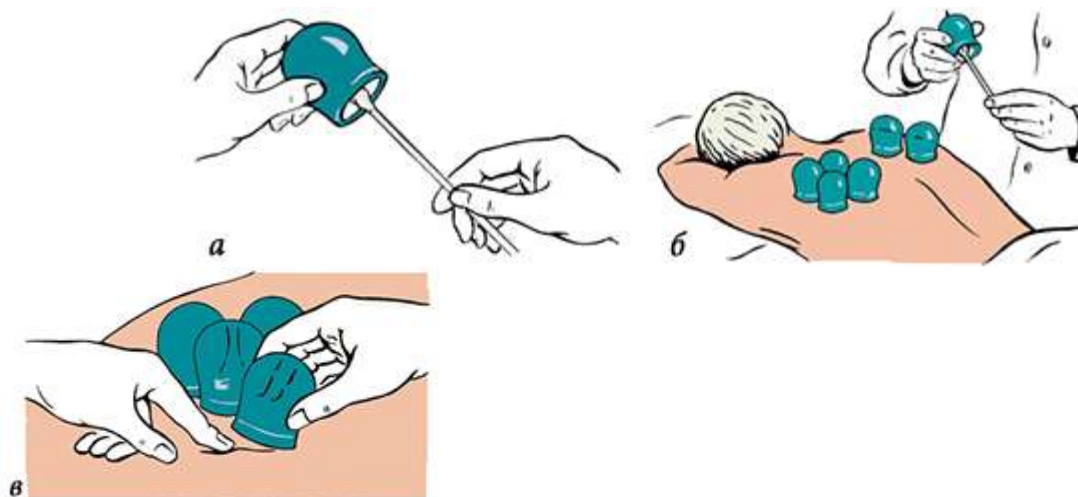
1. по отношению к энтеральному питанию – дополнительное и полное;
2. по времени проведения – круглосуточное, продленное (18-20 часов), циклическое (8-12 часов).

### **Как ставить медицинские банки, горчичники и делать компресс**

Если больной, по мнению врачей, не нуждается в госпитализации и ему предписан домашний или постельный режим, необходимо строгое соблюдение ряда элементарных, но совершенно обязательных правил.

При уходе за больным в домашних условиях необходимо знать технику ряда простейших медицинских процедур, чтобы уметь их проводить по предписанию врача.

**Банки медицинские,** перед тем как ставить их больному, надо тщательно перемыть, насухо вытереть и смазать края вазелином. Одновременно необходимо приготовить палочку, намотав на ее конец вату. Кожу спины, боков, груди, куда будут ставиться медицинские банки (для области сердца они противопоказаны), протирают спиртом или одеколоном, а затем смазывают тонким слоем жира. Ватку на палочке обильно смачивают спиртом и зажигают. Держа ее в одной руке, а банку — в другой, быстро вводят палочку в банку (рис. а), на 1 — 2 секунды, приближая одновременно банку к телу больного. Затем, вынув палочку с огнем, мгновенно приставляют банку к телу (рис. б), банка тут же присасывается к коже. Нужно внимательно следить за тем, чтобы не накалить края банки и не обжечь больного.



Обычно ставят 6 — 12 банок и держат их в течение 5 — 20 минут. После этого банки можно снимать, слегка оттягивая кожу с одной стороны (рис. в) и тем самым давая доступ воздуха в банку. Медицинские банки легко отстают, отрывать их с силой нельзя. Сняв банку, надо слегка протереть кожу больного вазелином или присыпать тальком.

Если под рукой нет медицинских банок, можно заменить их любыми небольшими хозяйственными банками с толстыми гладкими краями — от горчицы, хрена и т. д.

**Горчичник.** Прежде чем приложить горчичник к коже, следует смочить теплой водой. Если горчичник предназначен для затылка, то перед смачиванием лучше надорвать его края в нескольких местах — так он будет прилегать плотнее.

Приложив горчичник, его накрывают сверху чем-нибудь теплым и держат от 5 до 15 минут, пока кожа не покраснеет. В случае раздражения кожи после горчичника ее можно смазать вазелином.

Горчичники продаются в любой аптеке, но их можно сделать и самим. Для этого несколько ложек сухой горчицы размешивают в теплой воде до густоты теста и тщательно растирают ложкой. Полученную массу кладут между двумя слоями бумаги или полотняной материи.

**Компресс согревающий** делают так. Берут чистую полотняную тряпочку или сложенную в несколько слоев марлю, смачивают ее водой комнатной температуры либо водочным раствором, слегка выжимают и кладут на больное место. Сверху тряпочку (марлю) прикрывают компрессной клеенкой или компрессной бумагой. При необходимости их можно заменить промасленной обычной бумагой или фольгой (например металлической оберткой от шоколада и т.д.).

Надо, чтобы клеенка (бумага) хотя бы на палец выступала за края мокрой тряпочки (рис. г). Поверх клеенки кладут ровный слой ваты (вата также должна выходить за края клеенки), и аккуратно забинтовывают больное место. Если согревающий компресс предназначен для груди, надо следить, чтобы он не стеснял грудной клетки.



рис. 2

Правильно поставленный компресс долго не высохнет. Сняв компресс, нужно наложить теплую повязку.



## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №14

### БЕСЕДА С РОДНЫМИ И БЛИЗКИМИ ПРИ ВЕДЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ. НАКЛАДЫВАНИЕ ЛЕДЯНОГО МЕШОЧКА.

#### ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ОСНОВЫ РЕАНИМАЦИИ

**Виды, симптоматика и диагностика терминальных состояний.** Терминальные состояния возникают у человека в силу различных причин это:

1. финал жизни в глубокой старости;
2. исход неизлечимого заболевания;
3. преждевременная смерть в результате несчастного случая, острого заболевания или осложнения хронической болезни.

Условно выделяют следующие терминальные состояния, которые регистрируются при медленном умирании:

1. преагональное состояние;
2. терминальную паузу;
3. агонию;
4. клиническую смерть;
5. биологическую смерть.

Все этапы умирания, кроме биологической смерти, являются потенциально обратимыми при проведении реанимации и интенсивной терапии.

**Преагональное состояние** характеризуется неуклонным и быстрым нарастанием тяжести состояния больного – угнетением сознания, гемодинамики, дыхания. Длительность преагонального состояния зависит от причины, его вызвавшей:

1. при электрошоке отсутствует;
2. при тяжелой кровопотери продолжается часами;
3. при неизлечимом заболевании продолжается сутками.

Длительное преагональное состояние предельно истощает организм, ведет к полному опустошению энергетических ресурсов.

Преагональное состояние заканчивается **терминальной паузой в дыхании**, во время которой наблюдается:

1. брадикардия (вплоть до временной асистолии);
2. падение АД до 0;
3. адинамия;
4. арефлексия.

Длительность терминальной паузы от нескольких секунд до 2-4 мин.

**Агония** – это последняя вспышка жизнедеятельности организма. При этом возможно:

1. кратковременное просветление сознания;
2. временное усиление работы сердца и дыхания (патологический тип дыхания);
3. временное повышение АД.

Агония часто заканчивается судорожным сокращением мышц с последующим их расслаблением.

Агония – это финальная борьба организма со смертью, в которой организм без помощи извне всегда проигрывает.

Длительность агонии невелика: она заканчивается остановкой кровообращения и дыхания.

**Клиническая смерть** – следует за агонией и является переходным периодом между жизнью и смертью, обратимым этапом умирания. Он начинается сразу после остановки кровообращения. Длительность клинической смерти определяется толерантностью (устойчивостью) клеток головного мозга к аноксии, что составляет в условиях нормального обмена около 3 мин, по некоторым данным до 4-7 мин. Длительность клинической смерти зависит от:

1. состояния и возраста умершего;
2. вида, условий и продолжительности умирания;
3. степени активности возбуждения во время умирания и т. д.

Чем длиннее и выраженнее агония, тем короче продолжительность клинической смерти. Сокращается этот период:

1. при повышенном обмене веществ;
2. при лихорадочных состояниях;
3. при длительных истощающих заболеваниях.

Увеличивается этот период и порой многократно при:

1. глубокой гипотермии;
2. внезапной остановке кровообращения в условиях высокой оксигенации организма;
3. адаптации больных к гипоксии.

При глубокой гипотермии порядка 20°C длительность клинической смерти достигает 45 мин. Поэтому при утоплении в ледяной воде, особенно детей, реанимация может завершиться успехом даже после пребывания под водой в течение часа. Если своевременно не приняты эффективные меры по восстановлению кровообращения и дыхания, то вслед за клинической смертью наступает биологическая смерть.

#### **Признаки клинической смерти**

1. **Отсутствие сердцебиения** – один из основных симптомов диагностики внезапной остановки кровообращения.
2. **Отсутствие сознания** – развивается, в течение 10 сек. с момента остановки кровообращения.
3. **Судороги** - появляются рано, в момент потери сознания. Очень часто судороги – первый симптом, которые замечают окружающие.
4. **Остановка дыхания** – чаще наступает позже остальных симптомов – примерно на 20-30 сек с момента остановки кровообращения.

Сопутствующие симптомы: **расширение зрачков с отсутствием реакции их на свет**, появляется с момента остановки кровообращения спустя 30-40 сек, бледность и синюшность кожных покровов.

**Биологическая смерть** – это необратимая, или истинная, смерть, при которой никакие мероприятия уже не могут оживить умершего. Она следует за клинической смертью и сопровождается необратимыми разрушениями в жизненно важных органах и, прежде всего, в головном мозге.

#### **Признаки биологической смерти:**

1. **Отсутствие сознания.**
2. **Отсутствие сердцебиения.**
3. **Отсутствие дыхания.**
4. **Помутнение и подсыхание роговицы. Зрачки широкие на свет не реагируют** (может быть кошачий зрачок за счет размягчения глазного яблока).
5. На подлежащих участках тела появляются **трупные пятна** (через 2 ч после наступления смерти).
6. **Трупное окоченение** (уплотнение мышечной ткани) определяется через 6ч после наступления клинической смерти.
7. **Снижение температуры тела** (до температуры окружающей среды).

**Показания к проведению реанимационных мероприятий.** Вопросы о проведении и прекращении реанимационных мероприятий регулируют законодательные акты. Проведение сердечно-легочной реанимации показано во всех случаях внезапной смерти, и только по ходу ее проведения уточняют обстоятельства смерти и противопоказания к реанимации. Исключение составляют:

1. травма, не совместимая с жизнью (отрыв головы, размозжение грудной клетки);
2. наличие явных признаков биологической смерти.

**Противопоказания к проведению реанимационных мероприятий.** Сердечно-легочная

реанимация не показана в следующих случаях:

1. если смерть наступила на фоне применения полного комплекса интенсивной терапии, показанной данному больному, и была не внезапной, а связанной с инкурабельным для настоящего уровня развития медицины заболеванием;
2. у больных с хроническими заболеваниями в терминальной стадии, при этом безнадежность и бесперспективность реанимации должны быть заранее зафиксированы в истории болезни; к таким заболеваниям чаще относятся IV стадия злокачественных новообразований, тяжелые формы инсульта, не совместимые с жизнью травмы;
3. если четко установлено, что с момента остановки сердца прошло более 25 мин (при нормальной температуре окружающей среды);
4. если больные заранее зафиксировали свой обоснованный отказ от проведения реанимационных мероприятий в установленном законом порядке.

**Первая помощь при прекращении дыхания и кровообращения.** Прежде, чем приступить к сердечно-легочной реанимации, необходимо определить наличие признаков жизни у пострадавшего следующим образом:

С помощью словесно-контактного обращения убедиться в наличии или отсутствии сознания пострадавшего.

Сердцебиение у пострадавшего проверить по пульсу вначале на лучевых артериях, а затем на сонных.

Наличие дыхания у пострадавшего определить не по движению грудной клетки, а более тонкими методами – по запотеванию зеркала, поднесенного к носу или по ритмичному отклонению нитки поднесенной к носу.

Оценить зрачок и его реакцию на свет после разведения век пострадавшего.

Если признаки жизни (дыхание и сердцебиение) у пострадавшего отсутствуют, то следует убедиться в том, а не умер ли он «на совсем», то есть проверить, нет ли у него признаков биологической смерти (трупных пятен и трупного окоченения).

Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, по возможности следует позвать на помощь – кричать: «*Помогите!*» или воспользоваться средствами связи (мобильным телефоном). После этого приступить к сердечно-легочной реанимации пострадавшего: к ИВЛ и закрытому массажу сердца, уложив его на твердую поверхность и освободить грудную клетку от стесняющей одежды (при внезапной остановке сердца эффективным может быть перикардиальный удар).

**Техника сердечно-легочной реанимации.** Техника сердечно-легочной реанимации состоит из следующих компонентов:

«**A – airway**» - обеспечение проходимости дыхательных путей.

«**B – breathing**» - искусственное дыхание (ИВЛ).

«**C – circulation**» - искусственное кровообращение (закрытый массаж сердца).

Перед выполнением тройного приема у пострадавшего осматривается полость рта и при необходимости производится ее туалет (удаление рвотных масс, инородных тел, сгустков крови, сломанных зубов) – во внебольничных условиях это пальцем, обернутым носовым платком.

**Тройной прием.** Прокладимость верхних дыхательных путей пострадавшего обеспечивается тройным приемом «**A – airway**».

1. Голова запрокидывается назад.
2. Нижняя челюсть выдвигается вперед.
3. Слегка приоткрывается рот.

Для восстановления проходимости верхних дыхательных путей бригады СМП и стационары располагают специальными инструментами (роторасширитель, языкодержатель, воздуховоды).

**Искусственная вентиляция легких (ИВЛ).** ИВЛ «**B – breathing**» пострадавшему проводится экспираторными методами «рот в рот» или «рот в нос» (непосредственно или с помощью воздуховодов).

Пострадавший лежит на твердой поверхности, на спине. Грудная клетка его освобождена от стесняющей одежды.

Реаниматор находится сбоку от пострадавшего.

После туалета ротовой полости и выполнения тройного приема реаниматор делает глубокий вдох и с силой вдует воздух в легкие пострадавшего, прикрыв рот или нос ему носовым платком, предварительно сделав в нем дырку. При вдувании в рот пальцами закрывается отверстие носа, при вдувании в нос наоборот.

Искусственную вентиляцию легких можно проводить с помощью воздуховода (при его наличии).

Воздуховод – это изогнутая резиновая трубка (может быть в виде буквы S или просто изогнутая) с ограничительным щитком в середине, который ограничивает длину вводимой трубки и способствует плотному закрытию рта.

Вводится воздуховод в рот пострадавшего после туалета ротовой полости и выполнения тройного приема выпуклой стороной вниз, а затем поворачивается этой стороной вверх и продвигается по ходу спинки языка до корня, прижимая язык к дну полости рта (предохраняя его от западения).

Наружный конец воздуховода реаниматор берет в рот и вдует воздух в легкие пострадавшего, прикрывая при этом нос пострадавшего.

Искусственная вентиляция легких значительно облегчается при применении ручных аппаратов.

ИВЛ можно проводить с помощью ручного портативного аппарата аппарата «РДА-1» (типа мешка АМБУ). Этот аппарат представляет собой переносной эластичный мешок или мех, соединяющийся клапаном с маской.

После туалета ротовой полости, проведения тройного приема, освобождения дыхательных путей и введения воздуховода пострадавшему на лицо ему (на рот и нос) плотно надевается резиновая маска, которая соединяется с мешком (мехом) аппарата.

Ритмичными надавливаниями руками на мешок (мех) производится дыхание с нужной глубиной и частотой. Вдох происходит во время сжатия мешка или меха руками, а выдох производится пассивно в атмосферу. Во время выдоха саморасширяющийся мешок или мех за счет растягивания заполняется воздухом или кислородно-воздушной смесью. Необходимо регулировать ритм дыхания, причем вдох должен быть вдвое короче выдоха. Преимущество этого аппарата заключается в том, что он позволяет соблюдать инфекционную безопасность реаниматору, а также производить ИВЛ чистым воздухом и даже кислородом. Проведение ИВЛ с помощью мешка АМБУ значительно легче, эстетичнее и гигиеничнее для реаниматора.

Эффективность ИВЛ контролируется видимым приподниманием грудной клетки пострадавшего в момент вдоха. Выдох происходит пассивно

При выполнении реанимации одним человеком соотношение дыхательных движений с нажатиями на грудную клетку должны быть 2:15 (два вдоха и пятнадцать нажатий на грудную клетку), а если реанимацию проводят два реаниматора, то это соотношение будет 1:5.

**Закрытый массаж сердца.** Для выполнения закрытого массажа сердца «С – circulation» пострадавший должен находиться на твердой поверхности (щит, пол, край кровати, земля) после чего:

1. реаниматор находится сбоку от пострадавшего;
2. надавливание проводится в центре нижней трети грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка;
3. надавливание производится ладонной поверхностью одной руки, наложенной на нее другой рукой;
4. пальцы кисти при этом приподняты и не касаются ребер (профилактика перелома ребер);
5. надавливание производится всей тяжестью тела реаниматора, для этого руки должны быть разогнуты в локтях и зафиксированы;

6. надавливания – сильные, энергичные, быстрые полсекунды – должны вызывать смещения грудины на 4-5 см;

7. опускать руки – быстро на полсекунды.

Реанимация производится ритмично и без перерывов.

Реаниматоры должны находиться с обеих сторон от пострадавшего и периодически меняться местами, так как массаж сердца является тяжелой, изнурительной работой.

Эффективность закрытого массажа сердца контролируется по появлению пульса на центральных или периферических артериях в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего.

**Критерии эффективности оживления.** Реанимация эффективна, если отмечается:

1. видимое раздувание грудной клетки в момент ИВЛ;
2. регистрация пульса на сонных и периферических артериях при массаже сердца;
3. определение артериального давления, порядка (100/10 мм рт.ст. в виде пиков) во время массажа сердца;
4. сужение ранее расширенных зрачков;
5. появление спонтанного дыхания, сердцебиения, АД, восстановление сознания, бледно-розовая окраска кожных покровов.

**Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации.** Сердечно-легочная реанимация может быть прекращена в следующих случаях:

1. Помощь оказывают непрофессионалы – при отсутствии признаков эффективности искусственного дыхания и кровообращения в течение 30 мин реанимационных мероприятий или по указанию специалистов-реаниматологов.
2. Помощь оказывают профессионалы: если по ходу проведения выяснилось, что реанимация больному не показана; если реанимационные мероприятия в полном объеме неэффективны в течение 30 мин; если наблюдаются многократные остановки сердца, не поддающиеся медицинским воздействиям.

**Правила обращения с трупом в хирургическом отделении.** После констатации смерти больного врачом медсестра должна провести следующие мероприятия:

1. С умершего снять одежду и уложить его на спину без подушки на кровать или на каталку.
2. В присутствии лечащего или дежурного врача снять с него ценности, составить опись и передать их на хранение старшей медсестре. Если ценности с умершего снять не удастся, то об этом делают запись в истории болезни и умерший с ценностями отправляется в морг.
3. Опустить ему веки (если они открыты).
4. Закрывать рот (если он открыт) и подвязать нижнюю челюсть.
5. Руки сложить на животе и связать их между собой.
6. Ноги выпрямить и связать их между собой.
7. Умершего полностью накрыть простыней и оставить в таком положении на 2 часа (до появления достоверных признаков биологической смерти – трупных пятен) в палате, отгородив его ширмой или на каталке перевезти его в изолятор.
8. На бирке записать Ф. И. О. и номер истории болезни умершего и прикрепить бирку к его ноге.
9. Сообщить родственникам умершего о случившемся.
10. При очной беседе с родственниками необходимо проявить такт, уважение и сопереживание.
11. Оформить сопроводительную записку, где указать: Ф. И. О., номер истории болезни, дату и время смерти.
12. Через 2 часа после появления достоверных признаков биологической смерти (трупных пятен) с помощью санитаров сопроводить труп в патологоанатомическое отделение.

**Применение пузыря со льдом: алгоритм, противопоказания, показания**

**Применение пузыря со льдом.**

Применение пузыря со льдом особенно актуально в тех случаях, когда необходимо ограничить приток крови к пораженному участку. Пузырь со льдом относится к домашней физиотерапии, как и грелка. Сухой холод способствует сужению кровеносных сосудов, обуславливая гипотермический эффект. Холоду уменьшает восприимчивость нервных рецепторов, боль утихает. Благодаря тому что вода в емкости по мере таяния льда долго сохраняет низкую температуру, медработники и родители применяют пузырь со льдом для охлаждения даже в современное время. Пузырь для льда представляет собой резиновую емкость с широким отверстием и туго закручивающейся пробкой.

#### **Показания к постановке пузыря со льдом.**

1. Кровотечения (внешние и внутренние)
2. Ушибы (в первые сутки).
3. Лихорадка (2 период – период жара)
4. Коматозные состояния.
5. Укусы насекомых.
6. Острые воспалительные процессы в брюшной полости.
7. Послеоперационный период.

#### **Подготовка к процедуре**

- Подготовить небольшие кусочки льда. В морозильной камере холодильника обычно всегда есть готовые кусочки льда. Если нет специальной емкости для маленьких кусочков льда, надо взять ледяной конгломерат, завернуть его в 2-3 слоя пленки (полотенца) и разбить его чем-нибудь тяжелым. Ни в коем случае нельзя пользоваться целым конгломератом!

- Приготовить полотенце или чистую пленку.
- Подготовить чистый пузырь для льда.
- Приготовить емкость с холодной водой ( 0,1 – 0, 5 л в зависимости от размеров пузыря).

#### **Техника применения пузыря со льдом.**

- Перед тем как приложить пузырь со льдом, необходимо осмотреть место, где он будет находиться. Нет ли там воспаления, ссадин, покраснения?
- Пузырь со льдом чаще всего прикладывают к лобной и затылочной части головы, к грудной клеткой, на абдоминальную область (область живота, на место ушибов, к крупным сосудам (паховые области, подмышечные области).
- Грудным детям нельзя прикладывать пузырь со льдом к голове (из-за возможности переохлаждения). В этих случаях подвешивают пузырь со льдом над головой или ставят холодные компрессы.

#### **Применение пузыря со льдом – алгоритм.**

1. Заполнить емкость пузыря кусочками льда на две трети объема и долить прохладной водой 10-12 град. Тающий лед будет поддерживать данную температуру воды, тем самым исключается отморожение кожи (переохлаждение организма).
2. Подойти к раковине. Положить его на ладонь. Другой рукой, придерживая крышку, помочь выпустить воздух. В этом случае пузырь станет мягким и примет податливую, плоскую форму.
3. Закрывать крышку, над раковиной перевернуть емкость пробкой вниз и убедиться, что пузырь герметичен.
4. Протереть пузырь насухо полотенцем.
5. Обернуть пузырь мягкой пленкой в 2-4 слоя и положить на нужную часть тела.
6. Пузырь можно держать до суток, но через каждые 20 минут надо делать перерыв на 15-30 минут.

#### **Окончание постановки пузыря со льдом.**

- По мере таяния кусочков льда вода сливается, а лед надо добавлять.
- После использования пузыря со льдом внимательно рассмотрите кожу ребенка, воду слейте.

- Хранить пузырь со льдом, как и грелку, желательно с открытой крышкой в сухом виде.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ 15**

### **ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ, ОСОБЕННОСТИ СМЕНЫ ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ У БОЛЬНЫХ. РАЗДАЧА ПИЩИ И ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ.**

#### **Клиническая картина при 4 стадиях развития пролежней:**

1-я – гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления, с сохранением целостности кожных покровов.

2-я - стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное нарушение целостности кожных покровов.

3-я - некроз кожных покровов, вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу.

4-я - некроз всех мягких тканей до костных образований.

Адекватные противопролежневые мероприятия выполняются сестринским персоналом после специального обучения. Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

- 1) уменьшение давления на костные ткани;
- 2) предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении;
- 3) наблюдение за кожей над костными выступами;
- 4) поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);
- 5) обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- 6) обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- 7) обучение близких.

Возникновение пролежней, особенно у пожилых и ослабленных пациентов, - грозное осложнение, которое можно предотвратить при наличии должного ухода и наблюдения, заключающегося в следующем:

- Регулярное перемещение больного в постели (больной должен садиться).
- Массаж и обработка камфорным спиртом проблемных участков тела несколько раз в день.
- Поддержание постели в хорошем санитарном состоянии (простыня должна быть сухой, без складок, без крошек, чистой). Использование подкладных кругов для устранения давления на тело.

Профилактика пролежней, алгоритм выполнения

#### **Манипуляция: профилактика пролежней.**

**Цель.** Предупреждение омертвения мягких тканей в местах их длительного сдавления.

**Показания.** Постельный режим больного.

**Оснащение.** Противопролежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

Техника выполнения профилактики пролежней.

1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.
2. Пациента поворачивают на бок.
3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.
4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.
5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.
6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.
7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.
8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.

9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.
10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.
12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.
13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.



### Уход за кожей и профилактика пролежней.

Примечание. Перчатки обрабатывают, погружая в дезинфицирующий раствор.  
Обработка кожи тяжелобольных.

**Цель.** Соблюдение личной гигиены тяжелобольного; профилактика пролежней.

**Показания.** Постельный режим пациента. Пациенты, находящиеся на полупостельном режиме, ухаживают за собой сами.

**Оснащение.** Таз с маркировкой «Для умывания»; кувшин или чайник с теплой водой (+35...+38 °С) с маркировкой «Для умывания», тазик с горячей водой (+45...+50 °С); салфетка или кусок ваты; полотенце; присыпка, стерильное масло; 10% камфорный спирт или 1 % раствора уксуса.

**Техника выполнения обработки кожи тяжелобольным:**

1. Ставят таз на табурет у края кровати пациента.
2. Если пациент сам может повернуться на бок, то просят его сделать это и помогают больному вымыть руки над тазом, почистить зубы, умыться. Медицинская сестра держит кувшин, подает зубную пасту, стакан с водой, полотенце.
3. Если пациент не может сам повернуться на бок, то выполняют следующие манипуляции: моют одну руку больного в тазу водой с мылом. Переносят таз на другую сторону кровати и моют другую руку. Ногти на руках стригут овально.

**Выполняют туалет лица:** обтирают его влажной салфеткой, затем сухим полотенцем. Убирают подушки, снимают с пациента рубашку. Смачивают салфетку в тазике с горячей водой и отжимают ее. Обтирают переднюю поверхность туловища пациента, обращая внимание на естественные складки кожи на шее, под молочными железами, в подмышечных впадинах, в паховых складках. Тщательно вытирают кожу полотенцем. Складки кожи обрабатывают присыпкой или смазывают стерильным маслом для профилактики опрелостей.

Применение присыпки.

Пациента поворачивают на бок. При необходимости санитар помогает и поддерживает больного. Влажной горячей салфеткой обтирают кожу спины, обращая особое внимание на места образования пролежней (затылок, лопатки, крестец, ягодицы). Кожу тщательно высушивают полотенцем и растирают, если отсутствуют нарушения ее целостности, болезненность. Тепло салфетки и растирание вызовут прилив крови к коже и подлежащим



тканям.

Если пациента нельзя поворачивать на бок, то его укладывают на секционный матрас. Уход за кожей осуществляют, убирая одну секцию за другой.

**Примечания.** Кожу пациентов нужно обмывать ежедневно. Также ежедневно на ночь следует мыть пациенту ноги, поставив таз с водой на сетку кровати. Предварительно матрас заворачивают валиком к ногам и прикрывают его клеенкой. Ногти на ногах стригут по прямой.

При длительной неподвижности пациента необходимо проводить профилактические мероприятия для предотвращения образования пролежней.

Смена постельного белья тяжелобольному, алгоритм выполнения

Смена постельного белья тяжелобольному. **Цель.** Создание постельного комфорта (одно из мероприятий лечебно-охранительного режима); профилактика пролежней; соблюдение личной гигиены пациента.

**Показания.** Постельный режим пациента.

**Оснащение.** Чистая простыня, достаточно большая по размеру, без швов, заплат; чистый пододеяльник; две наволочки.

**Техника выполнения:**

Продольный способ смены постельного белья тяжелобольному:

- применяется, когда пациента можно повернуть на бок.

### **Продольный способ смены постельного белья тяжелобольному**

1. Чистую простыню скатывают валиком по длине на 2/3.
2. Убирают одеяло, осторожно приподнимают голову пациента и убирают подушки.
3. Поворачивают пациента на бок от себя.
4. На освободившейся половине постели скатывают грязную простыню валиком к середине кровати (под пациента).
5. На освободившуюся часть кровати раскатывают подготовленную чистую простыню валиком к пациенту.
6. Поворачивают пациента на другой бок лицом к себе.
7. Убирают грязную простыню с освободившейся части кровати, расправляют чистую, натягивают и заправляют со всех сторон под матрас.
8. Укладывают пациента на спину, подкладывают подушки в чистых наволочках.
9. Сменяют пододеяльник, укрывают пациента одеялом.

Поперечный способ смены постельного белья тяжелобольному:

- применяется, когда пациента нельзя повернуть на бок, но можно посадить или приподнять верхнюю часть туловища.

### **Поперечный способ смены постельного белья тяжелобольному**

1. Простыню скатывают валиком по ширине на 2/3.
2. Просят санитарку приподнять пациента, поддерживая его за спину и плечи.
3. Убирают подушки, скатывают валиком грязную простыню к спине пациента.
4. Чистую простыню раскатывают валиком к спине пациента.
5. Подкладывают подушки в чистых наволочках, опускают пациента на подушки.
6. Просят санитарку приподнять пациента в области таза.
7. Скатывают грязную простыню с освободившейся части кровати и раскатывают чистую, кладут пациента.
8. Просят санитарку приподнять ноги пациента.
9. Убирают с кровати грязную простыню, раскатывают до конца чистую.

10. Чистую простыню со всех сторон подворачивают под матрац.

11. Меняют пододеяльник, укрывают пациента.

Смена нательного белья (рубашки) тяжелобольному.

**Цель.** Соблюдение личной гигиены пациента; создание постельного комфорта; профилактика пролежней и опрелостей.

**Показания.** Постельный режим пациента.

**Оснащение.** Чистая рубашка по размеру больше, чем размер одежды пациента.

**Техника выполнения.**

1. Слегка приподнимают голову пациента и убирают подушки.

2. Осторожно приподнимая пациента, собирают рубашку вверх до подмышек, а по спине - до шеи.

3. Складывают руки пациента на груди.

4. Правой рукой поддерживают голову пациента за затылок, а левой рукой, захватив собранную на спине рубашку, аккуратно ее снимают, не касаясь грязной рубашкой лица пациента.

5. Опускают голову пациента на подушку.

6. Освобождают руки из рукавов: сначала здоровую, потом больную.

7. Надеть чистую рубашку на тяжелобольного можно, выполняя все действия точно в обратной последовательности, т.е. собрав чистую рубашку по спинке, надеть рукав на больную руку, затем на здоровую; сложить руки на груди и, поддерживая правой рукой голову пациента, левой рукой надеть рубашку через отверстие горловины на голову больного, расправить рубашку донизу.

**Примечания.** Чистое белье хранится у сестры-хозяйки отделения. Грязное белье собирают в палате в клеенчатые мешки с маркировкой «Для грязного белья» и отправляют в специальную комнату. При смене белья нельзя ни чистое, ни грязное белье класть на тумбочки пациентов или соседние кровати.

Белье меняют регулярно не реже 1 раза в 5 сут, после гигиенической ванны, а при необходимости чаще, по мере загрязнения. Белье неопрятных пациентов, а также белье, загрязненное кровью, гноем, следует менять только в резиновых перчатках и маске.

## ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В БОЛЬНИЦЕ

Во время болезни дети нуждаются в лечебном питании - диетотерапии.

Диета - рацион питания человека, предусматривающий определенные количественные и качественные соотношения пищевых веществ и продуктов, способы кулинарной обработки, а также интервалы в приеме пищи.

В организации питания детей в больнице используют два основных принципа - индивидуальный и групповой. Индивидуальную диету назначает врач, в этом случае пищу готовят специально для конкретного ребенка. При групповом принципе питания назначают ту или иную общепринятую диету из заранее разработанных и оказывающих определенное лечебное действие.

В больнице устанавливается 7-дневное меню по основным диетам. Руководство лечебным питанием осуществляет врач-диетолог. Совместно с медицинской сестрой по диетпитанию он уточняет ежедневно меню.

Необходимую диету больному ребенку назначает лечащий врач. Если ребенок поступает в больницу в вечернее время, то это должен сделать дежурный врач. Сестра переносит из медицинской карты стационарного больного в сестринский лист номер диеты. Против номера диеты вписывают фамилии больных и номера палат, чтобы легко было суммировать данные по каждой диете. Ежедневно до 13 ч старшая медицинская сестра отделения составляет и отправляет на пищеблок заказ на питание (порционник), в котором указывает количество больных и распределение диет. На оборотной стороне порционника цифрами и прописью указывают количество дополнительных продуктов (молоко, сливки, творог, мясо и

др.) и фамилии больных. Порционник подписывают заведующий и старшая медицинская сестра отделения.

Медицинская сестра по диетпитанию суммирует заказы отделений в виде сводного порционника для всех больных на следующий день. Из приемного отделения ежедневно к 9 ч поступают на пищеблок сведения о движении больных с 13 ч истекших суток, т.е. времени составления порционника. Указывается количество прибывших и убывших детей, номера диет. На основе этих данных вносятся необходимые коррективы в раздаточную ведомость на выдачу пищи в отделения, которую также составляет медицинская сестра по диетпитанию.

Применяют лечебные диеты (столы) ? 1-14 и общие ? 15-16, разработанные в Институте питания РАМН и утвержденные Минздравом РФ. Многие диеты имеют несколько вариантов. Варианты обозначают буквами, которые добавляют к номеру основной диеты. Количество основных постоянно действующих диет зависит от профиля (специализации) и мощности (количества коек) больницы.

**Диета ? 1. Показания:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в периоды «острой» язвы и эпителизации язвы; хронический гастродуоденит в стадии обострения или неполной клинической ремиссии.

*Общая характеристика:* умеренное механическое и химическое щажение слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочнокишечного тракта, ограничение стимуляторов желудочной секреции и веществ, длительно задерживающихся в желудке. Прием пищи - 5-6 раз, поваренной соли - до 8-10 г в сутки, в зависимости от возраста детей.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит. Супы на слизистом отваре с добавлением протертых вареных овощей и круп, яично-молочной смеси, сливок. Нежирные сорта рыбы, мяса и птицы, в основном рубленые, парового приготовления или отваренные в воде. Овощи в вареном и протертом виде (пюре, паровые суфле). Протертые каши (кроме пшенной) с добавлением молока или сливок, паровые пудинги, отварная вермишель. Яйца всмятку, паровые омлеты, блюда из взбитых яичных белков (снежки, меренги). Кисели, желе, муссы, протертые компоты из сладких сортов ягод, фруктовые и ягодные соки пополам с водой и сахаром, мед, варенье из сладких сортов ягод и фруктов, яблочный мармелад. Молоко цельное, сгущенное, сливки, свежая сметана, свежий нежирный творог. Чай некрепкий с молоком, отвар шиповника с сахаром. Масло сливочное и растительное (оливковое, подсолнечное).

*Запрещаются* капуста белокочанная, репа, редька, брюква, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, бобовые, пряности и кофе.

**Диеты ? 1а, 1б и 1** обозначают разные способы кулинарной обработки: 1а - очень строгое механическое и химическое щажение, вся пища подается в жидком и полужидком виде; 1б - строгое механическое и химическое щажение, пюреобразные блюда; 1 - умеренное механическое и химическое щажение - рубка, шинковка, разваривание, приготовление на пару.

**Диета ? 2. Показания:** острые гастриты, хронические гастриты со сниженной желудочной секрецией, энтериты и колиты в период реконвалесценции (выздоровления) как переход к рациональному питанию, колиты в период ремиссии.

*Общая характеристика:* диета физиологически полноценная с исключением продуктов и блюд, являющихся нагрузочными для желудочно-кишечного тракта, долго задерживающихся в желудке, трудно перевариваемых, но способствующая повышению желудочной секреции. Прием пищи дробный, 4-5 раз в сутки, поваренной соли - до 15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб пшеничный вчерашний, 1-2 раза в неделю ограниченное количество сдобных булочек или печеных пирогов. Супы на обезжиренном мясном и рыбном бульоне с различными крупами (кроме пшена), вермишелью, овощами. Нежирные сорта мяса и птицы, отваренные куском или рубленые, жареные в панировке и запеченные. Рыба нежирная куском или рубленая, отварная, жареная без панировки. Овощи

вареные, тушеные и запеченные кусочками; в виде пюре; овощные запеканки. Рассыпчатые каши (кроме пшеничной и перловой) на воде с добавлением молока. Яйца всмятку; паровые, запеченные и жареные омлеты; блюда из взбитых яичных белков. Кисели, компоты, желе, муссы из сладких сортов ягод и фруктов, в сыром виде сладкие сорта ягод и фруктов (клубника и др.), печеные яблоки, мармелад, сахар. Молоко пресное только в блюдах; кисломолочные продукты (кефир, ацидофилин); творог свежий, не кислый сырой и запеченный. Зелень укропа, петрушки, корица, гвоздика, ваниль, в небольших количествах лавровый лист, душистый перец, соусы мясные, рыбные, сметанные и на овощном пюре. Чай, кофе с молоком, отвар шиповника, черной смородины. Масло сливочное и подсолнечное.

*Запрещаются* бобовые и грибы.

**Диета ? 3. Показания:** хронические заболевания кишечника с преобладанием запора в периоды обострения и неполной клинической ремиссии.

*Общая характеристика:* увеличение в диете продуктов, богатых растительной клетчаткой и усиливающих моторную функцию. Прием пищи - 3 раза, поваренной соли - до 12-15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, при хорошей переносимости разрешается черный хлеб (орловский, ржаной). Супы на

некрепком обезжиренном мясном, рыбном бульонах, овощном отваре (преимущественно с овощами). Мясо нежирных сортов - говядина, телятина, курица и др. Нежирная рыба (треска, карп, судак и т.д.) отварная, паровая, заливная, куском, иногда в рубленом виде. Разнообразные овощи: сырые и вареные на гарнир, в виде салатов, овощных запеканок (свекла, морковь, помидоры, тыква и др.). Каши рассыпчатые (гречневая, перловая). Яйца всмятку или в виде паровых омлетов. Свежие, спелые, сладкие фрукты и ягоды сырые и в блюдах в повышенном количестве. Молоко в блюдах и к чаю. Кефир, ацидофилин, ряженка, простокваша и др. Сыр неострый. Чай, отвар шиповника, соки фруктовые сладкие (особенно сливовый, абрикосовый), овощные (томатный, морковный и др.). Масло сливочное и оливковое в блюдах.

*Запрещаются* овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, лук, чеснок, редис), а также грибы.

**Диета ? 4. Показания:** острые и хронические заболевания кишечника в период профузных поносов и выраженных диспепсических явлений, синдром малабсорбции<sup>1</sup>.

*Общая характеристика:* резкое ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта с исключением продуктов и блюд, усиливающих моторную функцию кишечника. Прием пищи - 5-6 раз, поваренной соли - 8-10 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

*Перечень рекомендуемых блюд:* сухари из высших сортов белого хлеба, тонко нарезанные. Супы на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров, паровых или сваренных в воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделек, яичных хлопьев. Паровые или сваренные в воде мясные и рыбные котлеты, кнели, фрикадельки, суфле из отварного мяса или рыбы. Мясо нежирное в рубленом виде, вареное или паровое. Птица и рыба нежирная рубленая (вареная или паровая). Протертые каши на воде или обезжиренном мясном бульоне (рисовая, овсяная, гречневая, манная). Яиц (при хорошей переносимости) не более 1-2 штуки в виде паровых омлетов. Кисели, желе из черники, черемухи, спелых груш и других ягод и фруктов, богатых дубильными веществами. Чай натуральный, какао на воде, отвар шиповника, черники, черемухи.

<sup>1</sup> От лат. *malus* (плохой) + абсорбция (поглощение) - нарушение всасывания в тонкой кишке, сопровождающееся обильным измененным стулом и, как следствие этого, гиповитаминозом, анемией и гипопропротеинемией.

*Запрещаются* макаронные изделия, молоко, соусы, пряности, закуски, соленья, копчености, бобовые. Ограничиваются сахар и сливочное масло.

**Диета ? 5. Показания:** хронические гепатиты, дисфункции билиарного тракта, желчнокаменная болезнь. Острый гепатит в период выздоровления.

*Общая характеристика:* максимальное щажение печени. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира (акролеины и альдегиды), тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами, щавелевой кислотой.

Повышено содержание липотропных веществ, клетчатки, пектинов, жидкости. Прием пищи дробный (5-6 раз в сутки), поваренной соли - 8-10 г в сутки (дети школьного возраста).

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб вчерашний пшеничный и ржаной, сухари, сухой бисквит. Супы на овощном отваре с различными крупами и овощами, молочные, фруктовые. Нежирные сорта мяса и птицы - отварные, запеченные после отваривания. Рыба нежирная отварная или паровая, куском и рубленая. Овощи и зелень в сыром, отварном и печеном виде (салаты, винегреты), некислая квашеная капуста. Блюда из яичных белков (паровые и запеченные белковые омлеты, снежки, меренги). Сладкие сорта ягод и фруктов, свежие и сушеные, в натуральном виде и в блюдах. Сахар, мед, мармелад, зефир, ирис, варенье, пастила. Молоко пресное в натуральном виде и в блюдах, кисломолочные напитки, творог свежий, сыр. Яйца в блюдах. Чай некрепкий с молоком и без молока; фруктовые, ягодные, овощные соки, отвар шиповника. Масло сливочное и растительное (не жарить, добавлять в готовые блюда).

*Запрещаются* репа, редька, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, пряности, какао.

**Диета ? 6. Показания:** уратные (повышенное образование солей мочевой кислоты) и оксалатные (повышенное образование солей щавелевой кислоты) нефропатии.

*Общая характеристика:* ограничение продуктов, богатых пуринами, щавелевой кислотой, кальцием, ограничение белков, жиров. Увеличивают количество жидкости. Прием пищи - 3-4 раза, поваренной соли - до 6-8 г (дети старшего школьного возраста) в сутки.

*Перечень рекомендуемых блюд:* нежирная говядина, баранина, свинина, рыба. Молоко, молочные и кисломолочные продукты, яйца. Картофель, рис, макароны, блюда из круп, морковь, дыня, капуста, огурцы, лук, томаты, фрукты (виноград, слива, вишня, груша, персики, абрикосы и др.), ягоды.

*Запрещаются* потроха (печень, почки, легкие, мозги), мясной навар, мясо молодых животных (телятина, цыплята, поросята), чай, кофе, какао, шоколад, острые сыры, консервы, колбасы. Ограничивают зеленый горошек, бобы, чечевицу, щавель, шпинат, салат, ревен, редис, грибы.

**Диета ? 7. Показания:** нефрит без экстрауренальных (внепочечных) проявлений и признаков декомпенсации почек.

*Общая характеристика:* ограничение белка и поваренной соли до 3-5 г, жидкости - до 800-1000 мл; экстрактивных веществ, острых приправ; максимальная витаминизация диеты за счет введения фруктовых и овощных соков и добавления витамина С.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб белый или из отрубей без соли, супы вегетарианские без соли с овощами и крупами. Нежирные сорта мяса, птицы, рыбы (до 30-50 г в день). Овощи в натуральном, отварном виде, винегреты, салаты (без соли). Крупы и макаронные изделия в виде каш, пудингов. Яйцо - 0,5-1 штука. Фрукты и ягоды в любом виде, мед, сахар, варенье. Молоко и кисломолочные продукты, творог. Масло сливочное и растительное.

*Запрещаются* бобовые, сливки, сметана.

**Диеты ? 7а, 7б, 7в** применяются при заболеваниях почек с признаками почечной недостаточности. Это хлоридные диеты с ограничением белка и жидкости и постепенным приближением к полноценному питанию (диета ? 7), обычному водному режиму.

**Диета ? 8. Показания:** ожирение.

*Общая характеристика:* ограничение энергетической ценности на 20-50 % (в зависимости от степени ожирения и физической нагрузки), главным образом за счет углеводов и жиров

при увеличении количества белка. Ограничение поваренной соли и жидкости. Прием пищи - 5-6 раз.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб ржаной вчерашний. Супы вегетарианские с овощами и крупами, мясные, рыбные. Мясо, рыба, птица (нежирная) отварным (куском). Овощи (кабачки, тыква, свекла, капуста и т.д.) с растительным маслом, гречневая каша. Молоко и кисломолочные продукты (обезжиренные). Фрукты и ягоды в сыром виде и соки из них. Чай, кофе с молоком.

*Запрещаются* вкусовые приправы. Ограничиваются сливочное масло, сметана, картофель.

**Диета ? 9. Показания:** сахарный диабет. Диета с исключением водорастворимых углеводов, ограничением животных жиров. Диета способствует устранению нарушений в обмене веществ, вызванных недостаточным количеством в организме инсулина. Прием пищи - 4-5 раз, поваренной соли - по возрастным нормам.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб ржаной, печенье на ксилите. Супы на овощном отваре с овощами и крупами. Каши гречневая, овсяная. Картофель, кабачки, огурцы и т.д. Яиц не более 1-2 штук. Нежирные сорта мяса, рыбы и птицы. Компот на фруктозе, ксилите, соки фруктовые и овощные, фрукты и ягоды. Молоко цельное, сметана в блюдах. Масло сливочное в блюдах, подсолнечное и оливковое масло. Сладости ограничиваются до 20-50 г в сутки (сахар в виде фруктозы, ксилита, сорбита).

*Запрещаются* сахар в чистом виде, продукты, содержащие глюкозу. Ограничиваются бобовые, крупяные блюда, макароны.

**Диета ? 10. Показания:** сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения.

*Общая характеристика:* умеренное ограничение белков, жиров, углеводов в условиях режима с ограниченной подвижностью. Ограничение приема поваренной соли в 2-3 раза и жидкости.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб серый грубого помола, сухари. Супы крупяные, молочные, вегетарианские, борщи, нежирный мясной бульон 1 раз в неделю. Нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в отварном и запеченном виде. Овсяная и гречневая каши, пудинги, запеканки. Белковый омлет. Овощные винегреты и салаты (кроме щавеля и грибов). Фрукты, ягоды, соки. Жиры - 50 % в виде растительных. Некрепкий чай.

*Запрещаются* жирные блюда из мяса, рыбы, сдобное тесто, мозги, почки, печень, соленые закуски, консервы, икра. Ограничиваются крепкий чай, кофе, какао, редька, редис, чеснок, репчатый лук, бобовые.

**Диета ? 11. Показания:** анемия, истощение и пониженная реактивность организма, различные нагноительные процессы, туберкулез легких.

*Общая характеристика:* диета с повышенной энергетической ценностью, увеличением животных белков, липотропных веществ, кальция, фосфора и витаминов. Прием пищи - 5 раз в день.

*Перечень рекомендуемых блюд:* самые разнообразные продукты. Необходимо, чтобы не менее половины белка поступало в виде животных белков (мясо, рыба, творог, молоко и яйца).

*Запрещается* мясо птицы (утки и гуся).

**Диета ? 13<sup>1</sup>. Показания:** острые инфекционные заболевания, послеоперационный период (кроме полостных операций).

*Общая характеристика:* ограничение белков, жиров, углеводов, химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Пища преимущественно жидкая, с ограничением растительной клетчатки, молока, закусок. Прием пищи - 6-8 раз в день в зависимости от состояния ребенка, малыми порциями, поваренной соли - до  $\frac{2}{3}$  возрастной нормы.

*Перечень рекомендуемых блюд:* хлеб белый и сухари. Мясной бульон, мясное суфле. Суп-пюре из мяса на слизистом отваре. Яйца, омлет. Каши протертые. Фруктовые, ягодные соки, морсы, кисели. Масло сливочное.

*Запрещаются* острые блюда, приправы, консервы.

**Диета ? 14. Показания:** фосфатурия (повышенное выделение с мочой двузамещенных солей фосфорной кислоты).

**Общая характеристика:** содержание белков, жиров, углеводов в пределах физиологической нормы. В рацион включают продукты, богатые кальцием; ограничивают пищевые вещества, возбуждающие нервную систему. Прием пищи - 4 раза в день, поваренной соли - в соответствии с возрастными потребностями.

**Перечень рекомендуемых блюд:** мясо, рыба, хлебные и крупяные продукты.

**Ограничиваются** молоко и молочные продукты, овощи, острые закуски, пряности и др.

**Диеты ? 15 и 16.** Не предназначены в качестве лечебных. Диета ? 15 применяется для рационального питания детей от 3 до 15 лет, ? 16 - для детей от 1 года 3 мес до 3 лет. Эти диеты обеспечивают физиологические потребности ребенка в пищевых ингредиентах при отсутствии показаний для лечебного питания.

При аллергических заболеваниях применяются элиминационные диеты, когда из рациона питания исключают самые распространенные и заведомо известные аллергены: цитрусовые, орехи, шоколад, рыбу, икру, яйца, клубнику и пр. Вариантами элиминационных диет являются безмолочная, беззлаковая (аглиадиновая) и др. В этих случаях пищу готовят индивидуально.

Диета ? 12 в педиатрической практике не применяется.

**Система питания по Ю.К. Полтевой и соавт. (1974).** Если необходимо ограничить количество диет, то можно использовать другую систему, широко распространенную в свое время в нашей стране, когда выделяют три режима питания, обозначаемых условно буквами: режим А - мясо-молочно-растительный (смешанный); режим Б - молочно-растительный-гипохлоридный; режим БА - мясо-молочно-растительный-гипохлоридный.

Каждый из режимов имеет несколько форм, отличающихся друг от друга кулинарно-технологической обработкой продуктов, химическим составом, энергетической ценностью, объемом суточного рациона. Предусмотрены различные наборы продуктов для школьного (7-14 лет), дошкольного (4-6 лет) и ясельного (1,5-3 года) возрастов. Это дает возможность осуществлять дифференцированное питание.

Режим А включает 6 форм: А1, А2, А3, А4, А5, А6; режим Б - 5 форм: Б2, Б3, Б4, Б5, Б6; режим БА - 4 формы: БА1, БА2, БА3, БА4.

**Форма 1:** обычная кулинарно-технологическая обработка продуктов, принятая в питании здоровых детей старшего школьного возраста.

**Форма 2:** легкое механическое щажение (рубка, шинковка, разваривание, легкая обжарка). Разрешаются овощи, фрукты, ягоды в натуральном виде. Хлеб ржаной и пшеничный.

**Форма 3:** умеренная степень механического и химического щажения. Применяются рубка, мелкая шинковка, разваривание до мягкости, приготовление на пару. Фрукты, ягоды подают в виде пюре и соков. Хлеб только пшеничный.

**Форма 4:** выраженная степень механического и химического щажения. Рекомендуется пюреобразное приготовление блюд. Фрукты и ягоды - в виде пюре и соков. Хлеб пшеничный - в виде сухарей.

**Форма 5 и 6:** максимальное механическое и химическое щажение. Вся пища подается в жидком и полужидком виде, овощи, фрукты, ягоды - в виде соков.

Данная система питания может применяться как лечебное и как рациональное питание в соответствии с физиологическими потребностями растущего организма ребенка. Так, четыре режима А могут служить в качестве рационального питания для одной группы, разгрузочного - для другой и усиленного - для третьей группы детей.

Режим А, форма 1 - рациональное питание для детей 10-14 лет, усиленное - для детей 7-10 лет; форма 2 - рациональное питание для детей 4-10 лет, разгрузочное - для детей старше 10 лет; форма 3 - рациональное питание для детей 1,5-3 лет, лечебное и переходное - для детей старше 3 лет; форма 4 - рациональное питание для детей 6-8 мес и лечебное - для детей старшего возраста; форма 5 - только диетическое питание.

При гемофилии в период кровотечения назначают «гематологический» стол, который является разновидностью форм режима А (все блюда в протертом виде). При тромбоцитопенической пурпуре, геморрагических васкулитах, аллергических реакциях назначается так называемая диета Т. Это разновидность форм режима А (с исключением экстрактивных веществ, цитрусовых, какао, рыбы).

Все формы режима Б (с ограничением соли) дают возможность осуществлять питание с ограничением приема животного белка за счет исключения мяса и рыбы (при нефрите на первые 2 нед болезни, у больных с высокой температурой тела).

Все формы режима БА лечебные. При этом режиме питания к обеду подают первые блюда из режима Б (супы вегетарианские), а вторые блюда - из режима А (мясные блюда подают 3-4 раза в неделю). В этих блюдах также может быть ограничено количество соли.

**Рекомендуемые нормы потребления отдельных продуктов у детей.** Помимо соблюдения регулярности питания, сбалансированности, то есть наличия определенного соотношения ингредиентов питания друг к другу, важное значение имеет объем пищи. Как недостаточное, так и избыточное питание может нанести серьезный ущерб здоровью ребенка. При излишнем употреблении даже очень полезных и биологически полноценных продуктов у него могут возникнуть нарушения обмена веществ, деятельности желудочно-кишечного тракта и другие отклонения, поэтому важно знать примерные нормы потребления основных пищевых продуктов для ребенка того или иного возраста.

*Молоко и молочные продукты* составляют основу детского питания. Дети более раннего возраста испытывают в них большую потребность, чем старшие. Так, дети в возрасте от 1 до 3 лет получают до 600 мл молока (включая кисломолочные продукты) в сутки. Детям дошкольного и школьного возраста рекомендуется до 500 мл молока (кисломолочных продуктов) в сутки.

*Творог* годовалый ребенок ест до 50 г, примерно столько же его должны употреблять дети до 5 лет. Все дети старше 5 лет могут съесть творога до 100 г, а старшего школьного возраста - до 150 г в день. Если ребенок получает молока или других белковых продуктов меньше рекомендуемой нормы, количество творога обычно увеличивают.

*Сметану и сыр* обычно дают детям после года. Среднесуточное количество сметаны для детей любого возраста составляет 10-15 г, сыра - 5-10 г.

*Мяса* к году ребенок обычно получает до 50-70 г в сутки, в возрасте 1-3 лет - 80 г, 3-7 лет - 100 г, в школьном возрасте - 150-200 г. В это количество входят также субпродукты и птица.

*Рыбу* детям 1-3 лет дают до 25 г в сутки, 3-7 лет - 50 г, 7-14 лет - 60-70 г. При этом рыбу лучше давать 2-3 раза в неделю, можно в соответственно больших количествах.

*Яйца.* В возрасте от года до 7 лет среднесуточная норма яйца составляет 1/2 шт. в сутки, от 7 до 14 лет - 1 шт. В случае наличия у ребенка пищевой аллергии речь может идти об употреблении только желтка.

*Жировые продукты* дети получают в виде сливочного и растительного масла. При этом учитывают его количество как в натуральном виде, так и использованного для приготовления пищи. Общее количество сливочного масла для детей в возрасте 1-3 лет - 15-17 г, 3-7 лет - 25 г, 7-14 лет - 45 г, растительного масла - соответственно 6-7, 9-10 и 15 г.

*Овощи и фрукты* (ягоды). В возрасте старше года рекомендуемое количество овощей составляет: для детей 1-3 лет - 350 г (в том числе картофеля - 150 г), 3-7 лет - 470-500 г (картофеля - 200-220 г), 7-14 лет - 750 г (картофеля - 350 г). Количество свежих фруктов (ягод, соков) для детей в возрасте старше года может достигать до 150-200-300 г в сутки, в школьном возрасте - до 500 г. При отсутствии свежих фруктов их заменяют соответствующим количеством консервированных или сухих плодов.

*Сахар, крупы, мука, хлебобулочные и кондитерские изделия.* В рационах детей всех возрастных групп важно не превышать рекомендуемые нормы. Так, количество сахара для детей в возрасте 1-3 лет должно составлять не более 50 г в сутки, 3-7 лет - 55 г, 7-14 лет - 60 г; количество круп (включая и макаронные изделия) - соответственно 30, 45 и 60-65 г, муки - 15, 25 и 40 г, хлеба пшеничного - 50, 100 и 150-200 г, хлеба ржаного - 30, 60 и 100 г,



кондитерских изделий - 5, 10 и 15 г. При увеличении количества какого-либо из перечисленных продуктов уменьшают количество другого - с тем расчетом, чтобы не перегружать рацион ребенка углеводами.

Указанные нормы продуктов не являются абсолютными, они приведены как примерные. Ориентируясь на них, можно обеспечить рациональное питание ребенка. Очень важно учитывать индиви-

дуальные привычки ребенка, состояние его здоровья, повышенную потребность в некоторых пищевых веществах, хорошую или плохую переносимость отдельных продуктов и пр.

**Пищеблок.** В детских больницах пищу готовят централизованно на пищеблоке, откуда для завтрака, обеда, полдника и ужина ее получают буфетчицы в строго определенные часы. Для транспортировки и хранения пищи используют термосы, чистую посуду с крышками, обязательно маркированную («Для первых блюд», «Для вторых блюд», «Гарнир», «Молоко» и т.д.); посуду помещают на специальные передвижные столики-тележки.

Со стороны медицинских работников требуется контроль за соблюдением правил кулинарной обработки продуктов, проведение мероприятий по профилактике пищевых отравлений. Медицинские работники присутствуют при закладке основных продуктов в котел и проверяют их выход. Ежедневно в холодильнике оставляют суточную пробу готовых блюд для возможного эпидемиологического контроля. Периодически проводится подсчет соответствия пищевых рационов физиологическим потребностям детей. Контроль за санитарным состоянием пищеблока заключается в ежедневной проверке качества уборки кухни и всех подсобных помещений, соблюдения правил мытья посуды, использования соответствующих моющих средств, своевременной смены специальной (для работы на кухне) одежды персоналом пищеблока. Проводится ежедневный осмотр работников пищеблока на наличие гнойничковых заболеваний кожи.

Работникам пищеблока запрещается застегивать санитарную одежду булавками, иголками, хранить в карманах посторонние предметы (деньги, ключи, сигареты), носить бусы, броши, кольца, клипсы и др.

*Буфет-раздаточная.* В каждом отделении имеется буфет-раздаточная, а в отделениях для детей старшего возраста - и столовая.

В буфете пищу, доставленную из пищеблока, при необходимости подогревают, делят на порции и раздают. Раздача должна быть закончена не позднее 2 ч после изготовления пищи, включая и время ее доставки.

Раздают пищу буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи проводят в специальных халатах.

Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений, к раздаче пищи не допускается.

Буфетчицы обязаны соблюдать правила личной гигиены. Перед посещением туалета халат снимают, после посещения туалета руки

обрабатывают в течение 2 мин раствором «Дезоксан-1» или 0,2 % раствором хлорамина.

Контролирует порядок и соблюдение правил работы буфета-раздаточной старшая медицинская сестра отделения.

Помещения буфетных должны быть обеспечены:

- холодной и горячей проточной водой;
- электрокипятильниками непрерывного действия;
- комбайнами для мойки посуды и двухсекционными моечными ваннами для грязной и чистой посуды;
- сетками для ополаскивания и сушки посуды;
- электроплитой для подогрева пищи;
- шкафами для хранения столовой посуды и приборов, продуктов (хлеб, соль, сахар);
- столом с гигиеническим покрытием для раздачи пищи;
- комплектом посуды из расчета: одна глубокая, мелкая и десертная тарелки, вилка, ложки - столовая и чайная, кружка на одного больного (в детских отделениях - с запасом);

- баком для замачивания или кипячения посуды;
- сушильным шкафом для сушки посуды;
- моющими и дезинфицирующими средствами;
- уборочным инвентарем (ведра, ветошь, щетки и т.д.) с маркировкой «Для буфетной».

Дети старшего возраста, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой за столом, сервированным на 4 человека. За стол обычно сажают детей одного возраста, получающих одинаковые диеты. Стулья должны быть пластиковые или с легко моющейся обивкой. На окнах в летнее время должны быть установлены сетки от комаров и мух, так как они являются переносчиками многих инфекционных заболеваний.

Раздача пищи проводится в определенное время: завтрак - с 9.00 до 9.30; обед - с 13.00 до 13.30; полдник - с 16.00 до 16.30; ужин - с 18.30 до 19.00. Температура горячих блюд не должна превышать 60 °С, а холодных - 10 °С. Разовая порция должна соответствовать возрасту ребенка.

Перед приемом пищи заканчивают все лечебные процедуры. Дети должны посетить туалет и вымыть руки с мылом. Медицинская сестра участвует в кормлении детей в столовой: следит за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд. Необходимо, чтобы вид пищи пробуждал аппетит. Детям старше 3 лет разрешается пользоваться

столовыми приборами. Во время еды медицинский персонал должен наблюдать, чтобы дети ели опрятно, не торопились, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, то следует выяснить причину отказа от пищи, убедить его в необходимости приема пищи, проследить, чтобы ребенок в первую очередь съел более полноценную белковую часть блюда; насильственное кормление не допускается. В столовой надо соблюдать тишину и порядок.

Медицинская сестра строго контролирует, чтобы те дети, которые по каким-либо причинам опоздали к обеду, могли поесть. Для них необходимо сохранять еду, подогревать ее перед подачей на стол.

После каждой раздачи пищи буфетчица или младшая медицинская сестра проводят тщательную уборку помещений буфета и столовой с применением дезинфицирующих средств.

Уборочный материал (тряпки, ветошь) после мытья полов заливают 1 % раствором хлорамина (или 0,5 % осветленным раствором хлорной извести) на 60 мин в ведре для уборки, затем прополаскивают в проточной воде и сушат. Следят, чтобы инвентарь использовался строго по назначению.

*Мойка посуды, хранение пищи.* Строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям хранения пищевых продуктов и готовых блюд играет решающую роль в профилактике пищевых отравлений. В буфете можно хранить хлеб в специальных мешках (не более суток), сахар, чай.

Ввиду особых технологических требований к приготовлению лечебного питания (измельчение, протирание) диетические блюда являются особо благоприятной средой для развития патогенных микроорганизмов. В связи с этим следует контролировать время реализации готовых блюд.

Категорически запрещается сохранять в буфете остатки пищи, а также смешивать их со свежими блюдами и использовать для питания детей продукты, оставшиеся от предыдущего приема пищи.

В буфете хранят столовую посуду. После каждого кормления детей ее подвергают обеззараживанию. Мытье посуды проводят с учетом назначения и степени загрязнения. Сначала моют кружки и чайные ложки, а затем тарелки. Сушат и дезинфицируют посуду в сушильном шкафу при температуре 130 °С в течение 30 мин. В помещении буфета-раздаточной на видном месте вывешивают инструкцию по технике мытья и дезинфекции посуды.

Мочалки (ветошь) для мытья посуды по окончании мойки замачивают в 1 % растворе хлорамина или в 0,5 % осветленном растворе хлорной извести на 60 мин или кипятят в течение 15 мин, затем сушат и хранят в специально отведенных местах.

Чистая посуда содержится в специально выделенном шкафу. Медицинский персонал питается в отдельном помещении и не может пользоваться посудой, предназначенной для больных детей.

Отходы пищи собирают в специальные маркированные баки с крышками. Из отделения они должны быть вывезены в тот же день.

**Кормление тяжелобольных.** Дети, находящиеся на постельном режиме, принимают пищу в палате. Если ребенок может сидеть, то после мытья рук он самостоятельно ест за прикроватным столиком. Если

больному трудно самостоятельно сидеть в кровати, то следует придать ему полусидячее положение, приподнять подголовник функциональной кровати или подложить под спину несколько подушек. Шею и грудь покрывают фартуком или клеенкой. Удобное положение создается следующим образом: левой рукой немного приподнимают голову ребенка, правой подносят ложку с едой или специальный поильник (рис. 13), так как ребенок может аспирировать (вдохнуть) пищу.

Количество съеденной ребенком пищи медицинская сестра отмечает в истории болезни.

**Передачи больным.** Питание детей в больнице рассчитано на обеспечение потребностей в основных пищевых ингредиентах, однако дети нуждаются дополнительно в получении витаминов. Для этого в больницах организуется прием передач



а



**Рис. 13.** Кормление тяжелобольного: а - из ложки; б - из поильника

от родителей и родственников. Обычно это фрукты и сладости. Передачи оказывают также важное психологическое воздействие.

Выдача передач проводится после основного приема пищи 2 раза в день: в 11 ч утра и в полдник. Предварительно вымытые овощи, фрукты и ягоды, а также другие продукты раздают на тарелках каждому ребенку индивидуально.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №16

### ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНСУЛЬТАЦИИ БОЛЬНЫХ О ВИЧ (СПИДЕ) ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ. РАЗДАЧА ПИЩИ И ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ.

**ВИЧ-инфекция** — медленно прогрессирующее заболевание<sup>[1]</sup>, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)<sup>[2][3]</sup>. Вирус поражает клетки иммунной системы, имеющие на своей поверхности рецепторы CD4: Т-хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса<sup>[4]</sup>, дендритные клетки, клетки микроглии<sup>[5]</sup>. В результате работа иммунной системы угнетается, развивается синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД), организм больного теряет возможность защищаться от инфекций и опухолей, возникают вторичные оппортунистические заболевания, которые не характерны для людей с нормальным иммунным статусом<sup>[6][7][8][9][10][11]</sup>.

Без врачебного вмешательства оппортунистические заболевания вызывают смерть пациента в среднем через 9—11 лет после заражения (в зависимости от подтипа вируса)<sup>[8]</sup>. Средняя продолжительность жизни на стадии СПИД составляет около девяти месяцев<sup>[12][13]</sup>. При проведении антиретровирусной терапии продолжительность жизни пациента составляет 70—80 лет<sup>[14][15][16]</sup>.

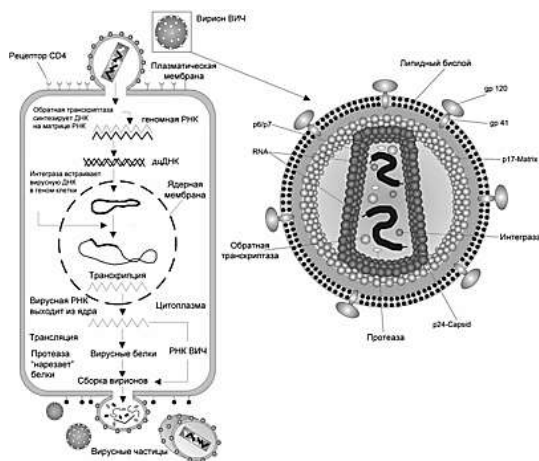
Скорость развития ВИЧ-инфекции зависит от многих факторов, в том числе, от статуса иммунной системы<sup>[17][18]</sup>, возраста (пожилые люди имеют повышенный риск *быстрого* развития заболевания, в сравнении с более молодыми людьми), штамма вируса, коинфекций другими вирусами, полноценного питания, терапии<sup>[19]</sup>. Недостаточный уровень медицинского ухода и наличие сопутствующих инфекционных заболеваний, например, туберкулёза, вызывает предрасположенность к скоротечному развитию заболевания<sup>[13][20][21]</sup>.

#### Содержание

- 1Этиология и патогенез
  - 1.1Вирус иммунодефицита человека
  - 1.2Генетические факторы иммунитета к ВИЧ
  - 1.3Изменения в иммунной системе
  - 1.4Эпидемиология
- 2Клиническая классификация
  - 2.1Классификация CDC
  - 2.2Клинические стадии ВОЗ
  - 2.3Клиническая классификация в РФ
- 3Стадии инфекционного процесса
  - 3.1Период окна
  - 3.2Острая фаза
  - 3.3Латентный период
  - 3.4ПреСПИД
  - 3.5СПИД
- 4Группы риска
- 5Профилактика
  - 5.1Информирование

- 5.2 Профилактика инфицирования в медицинских учреждениях
- 5.3 Презервативы
- 6 Диагностика
  - 6.1 Экспресс-тесты
  - 6.2 Диагностика новорожденных
- 7 Лечение
- 8 Люди, живущие с ВИЧ
- 9 Примечания
- 10 Литература
- 11 Ссылки

## Вирус иммунодефицита человека



## Вирус иммунодефицита человека

Репликация вируса иммунодефицита человека в клетке

ВИЧ-инфекцию вызывает вирус иммунодефицита человека, относящийся к семейству ретровирусов<sup>[22]</sup>, роду лентивирусов. Геном ВИЧ представлен рибонуклеиновой кислотой и в зараженной клетке подвергается обратной транскрипции. ВИЧ поражает клетки крови человека, имеющие на своей поверхности CD4-рецепторы: Т-лимфоциты, макрофаги и дендритные клетки<sup>[23][24][25]</sup>. Инфицированные вирусом Т-лимфоциты гибнут из-за разрушения

вирусом, апоптоза или уничтожения цитотоксическими Т-лимфоцитами. После того, как число CD4+ Т-лимфоцитов становится ниже 200 в одном микролитре крови, система клеточного иммунитета перестает защищать организм<sup>[26]</sup>.

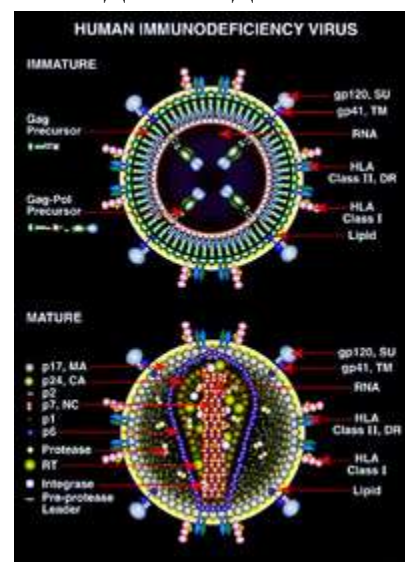
Оболочка вируса состоит из двуслойной липидной мембраны, в которую встроен ряд белков, например трансмембранный гликопротеин gp41 и поверхностный гликопротеин gp120<sup>[27]:293-294, 296</sup>. Внутри «ядра» вируса, состоящего из матричного белка p17 и капсидного белка p24, находятся две одноцепочечные молекулы геномной РНК и ряд ферментов: обратная транскриптаза, интегразы и протеазы.

## Генетические факторы иммунитета к ВИЧ

Наследственность играет важную роль в развитии ВИЧ-инфекции, лица, гомозиготные по аллелю CCR5-Δ32, имеют генетически обусловленную устойчивость к некоторым серотипам ВИЧ<sup>[28]</sup>. Мутация в гене CCR2 приводит к задержке развития СПИД<sup>[29][30]</sup>. Для ВИЧ характерно значительное генетическое разнообразие, описаны штаммы с различными скоростями развития заболевания.<sup>[31][32][33]</sup>

Лица, имеющие мутации в CCR5 корецепторах М-тропных штаммов вируса, маловосприимчивы к М-тропным штаммам ВИЧ-1, но заражаются Т-тропными штаммами<sup>[34][35]</sup>. Гомозиготность по HLA-Bw4 является предохраняющим фактором от прогрессирования болезни. У гетерозигот по локусам HLA класса I иммунодефицит развивается медленнее, чем у гомозигот<sup>[36]</sup>.

Исследования показали, что у носителей HLA-B14, B27, B51, B57 и C8 инфекция прогрессирует медленнее, а у носителей HLA-A23, B37 и B49 иммунодефицит развивается быстро<sup>[37][38]</sup>. У всех ВИЧ-инфицированных с HLA-B35 СПИД развивался не ранее, чем через 8 лет после заражения. У половых партнеров, несовместимых по HLA класса I, риск заражения ВИЧ при



гетеросексуальных контактах ниже<sup>[39]</sup>.

### Изменения в иммунной системе

Незрелая и зрелая формы ВИЧ (стилизованное изображение)

В острой фазе ВИЧ-инфекции, в стадии виремии, происходит резкое снижение CD4+ Т-лимфоцитов за счёт прямого лизирующего действия вируса и нарастание числа копий вирусной РНК в крови. После этого отмечается стабилизация процесса с некоторым увеличением числа CD4 клеток, не достигающим, однако, нормальных величин<sup>[40]</sup>.

Положительная динамика обусловлена увеличением числа цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов. Эти лимфоциты способны уничтожить ВИЧ-инфицированные клетки напрямую путём цитолиза без ограничения по человеческому лейкоцитарному антигену класса I (англ. *Human leukocyte antigen-HLA*)<sup>[41][42]</sup>. Кроме того, они секретируют подавляющие факторы (хемокины), такие как RANTES, MIP-1alpha, MIP-1beta<sup>[43]</sup>, MDC, препятствующие размножению вируса путём блокировки корцепторов<sup>[44][45][46][47]</sup>.

ВИЧ специфичные CD8+ лимфоциты играют главную роль в контроле острой фазы ВИЧ-инфекции<sup>[23]</sup>, однако при хроническом течении инфекции не коррелируется с виремией<sup>[48]</sup>, так как пролиферация и активация лимфоцитов CD8+ зависит от антиген-специфичных Т-хелперов CD4, при этом, ВИЧ также заражает CD8+ лимфоциты, что может вести к снижению их числа<sup>[49]</sup>. Синдром приобретённого иммунодефицита является терминальной стадией ВИЧ-инфекции и развивается у большинства больных при падении числа CD4+ Т-лимфоцитов, крови ниже 200 клеток/мл (норма CD4+ Т-лимфоцитов 1200 клеток/мл)<sup>[50]</sup>.

Депрессию CD4+ клеток объясняют следующими теориями<sup>[51]</sup>:

- Гибель CD4+ Т-лимфоцитов в результате прямого цитопатического действия ВИЧ<sup>[52]</sup>
- ВИЧ поражает в первую очередь активированные лимфоциты CD4, а поскольку специфичные к ВИЧ лимфоциты входят в число первых клеток, активируемых в ходе ВИЧ-инфекции, они страдают одними из первых<sup>[53]</sup>.
- Изменение вирусом клеточной мембраны CD4+ Т-лимфоцитов, что ведёт их к слиянию между собой с образованием гигантских синцитиев, которое регулируется LFA-1<sup>[54][55]</sup>
- Поражение CD4 клеток антителами, как результат антител-зависимого цитотоксического действия (англ. *ADCC-antibody-dependent cellular cytotoxicity*)<sup>[56][57]</sup>.
- Активация естественных клеток-киллеров<sup>[58][59]</sup>.
- Аутоиммунное поражение<sup>[60][61]</sup>
- Связывание белка вируса gp120 с CD4-рецептором (маскировка CD4-рецептора) и как результат — невозможность опознания антигена, невозможность взаимодействия CD4 с HLA класса II<sup>[62]</sup>.
- Запрограммированной клеточной смертью<sup>[63][64]</sup>.
- Отсутствие иммунного ответа (анергия)<sup>[65]</sup>.

В-лимфоциты при ВИЧ-инфекции подвергаются поликлональной активации и выделяют большое количество иммуноглобулинов, ФНОα, интерлейкин-6<sup>[66]</sup> и лектин DC-SIGN, который способствует проникновению ВИЧ в Т-лимфоциты<sup>[67]</sup>. Кроме того наблюдается значительное снижение интерлейкина-2, вырабатываемого CD4-хелперами 1 типа и имеющего критическое значение в активации цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+, CTL)<sup>[68][69]</sup> и подавление вирусом секреции макрофагами интерлейкина-12 — ключевого цитокина в образовании и активации Т-хелперов 1 типа и НК-лимфоцитов (англ. *Natural killer cells*)<sup>[70]</sup>.

Одним из основных факторов патогенеза ВИЧ является гиперактивация иммунной системы в ответ на инфекцию<sup>[71][72]</sup>. Одной из черт патогенеза является гибель CD4+ Т-хелперов, концентрация которых медленно, но неуклонно снижается. Особенно значительные негативные последствия имеет гибель заражённых ВИЧ CD4+ Т-лимфоцитов центральной памяти и дендритных клеток. Основной причиной гибели Т-клеток при ВИЧ-инфекции является программируемая клеточная гибель (апоптоз). Даже на стадии СПИД уровень

инфицированности CD4+ клеток периферической крови составляет 1:1000, что говорит о том, что вирус сам по себе не способен убить такое количество клеток, которое погибает при ВИЧ-инфекции. Также не объяснить столь массовую гибель Т-клеток и цитотоксическим действием других клеток. В то же время, основным местом, где происходит репликация ВИЧ на всех стадиях ВИЧ-инфекции является вторичная лимфоидная ткань<sup>[73]</sup>. Наиболее интенсивно репликация ВИЧ происходит в лимфоидной ткани, ассоциированной с кишечником (en:Gut-associated lymphoid tissue). Инфицированные Т-клетки памяти в этой ткани встречаются в 10-100, а иногда в почти в 1000 раз чаще, чем в периферической крови. Это объясняется, в первую очередь, высоким содержанием CD4+CCR5+ Т-клеток в этой ткани, которые являются хорошими мишенями для инфицирования ВИЧ. Для сравнения: в периферической крови таких клеток всего 11,7 %, ткани лимфоузлов 7,9 %, в то время как в лимфоидной ткани ассоциированной с кишечником — 69,4 %<sup>[74]</sup>.

Выраженное истощение CD4+ клеток, обусловленное репликацией ВИЧ в лимфоидной ткани кишечника, возникает через несколько недель после инфицирования, и сохраняется на всех стадиях ВИЧ-инфекции<sup>[75]</sup>. ВИЧ-инфекция нарушает проницаемость слизистой для веществ микробного происхождения, таких как липополисахариды грамотрицательных бактерий. Эти вещества, попадая в кровоток, являются причиной хронической неспецифической гиперактивации врожденного и адаптивного иммунитета<sup>[76]</sup>. Таким образом, ВИЧ-инфекция является, главным образом, болезнью слизистой кишечника, и желудочно-кишечный тракт является главным местом репликации ВИЧ<sup>[77]</sup>.

Принципиально важную роль в снижении количества наивных лимфоцитов является изменение структуры лимфоидной ткани лимфоузлов, вызванное хронической иммунной активацией. После эмиграции из тимуса, наивные Т-лимфоциты формируют запас долгоживущих клеток, которые циркулируют между тканями и вторичными лимфоидными органами. Часть из них гибнет вследствие апоптоза, а часть время от времени делится, восполняя запас погибших клеток. Во все периоды жизни, число клеток, которые появляются вследствие деления, превышает экспорт из тимуса<sup>[78]</sup>. Для предотвращения апоптоза этих клеток на каждом этапе их развития им необходимы определённые сигналы выживания. Такой сигнал реализуется, когда во время контакта Т-клеточного рецептора (TCR) с комплексом собственный антиген — МНС I, наивный лимфоцит получает стимуляцию интерлейкином-7. Вхождение наивных Т-клеток в лимфоидную ткань и взаимодействие с клетками микроокружения, которые синтезируют ИЛ-7 (например стромальными клетками лимфоузлов, дендритными клетками<sup>[79]</sup>), является критическим фактором для сохранения популяции наивных Т-клеток.

Высокоорганизованная структура вторичной лимфоидной ткани чрезвычайно важна для выживания Т-клеток и обеспечения иммунного ответа через взаимодействие Т-лимфоцитов и антигенпрезентирующих клеток. Хроническая иммунная активация и репликация ВИЧ в лимфоидной ткани приводит к разрушению этой структуры и чрезмерному накоплению коллагена, а в конечном счете — к фиброзу лимфоузлов. Избыточная продукция коллагена, есть побочный эффект попытки противодействия регуляторных Т-клеток (Treg) негативным последствиям иммунной активации. Фибробласты стимулированные цитокинами (такими как TGF-β1) регуляторных Т-клеток производят коллаген, накопления которого разрушает структуру лимфоидной ткани, и лишает наивные Т-клетки доступа к источнику ИЛ-7. Это приводит к истощению их запаса, а также к ограничению возможности его восстановления при подавлении репликации ВИЧ на ВААРТ<sup>[80]</sup>.

Нарушения в работе иммунной системы со временем нарастают вплоть до полной неспособности осуществлять свою основную функцию — защиту организма от болезнетворных организмов. На фоне гиперактивации часто возникают лейкозы, что в совокупности приводит к тому, что факультативные паразиты, которые сосуществуют в здоровом организме под контролем иммунной системы, выходят из под контроля, становясь губительными для организма<sup>[81]</sup>.

Основной резервуар ВИЧ в организме — макрофаги и моноциты. В этих клетках не происходит взрывающей репродукции, выход вирионов осуществляется через комплекс Гольджи. Также, следует отметить, что система врождённого иммунитета не способна во время острой ВИЧ-инфекции эффективно распознавать вирус и стимулировать своевременный адекватный специфический Т-клеточный ответ<sup>[82]</sup>.

Иммунная система может плохо распознавать ВИЧ так как до 45 % генома человека состоит из эндогенных ретровирусов и ретротранспозонов. Антитела, возникающие вследствие реакции на белок gp-120 только способствуют усилению «инфекции», но не её подавлению. Таким образом, иммунная система человека своим ответом только способствует размножению вируса, поэтому создание ВИЧ-вакцины, подобной вакцине от вируса оспы невозможно<sup>[83]</sup>. Следует отметить, что эта точка зрения не находит поддержки многих исследователей ВИЧ. Кроме того, она противоречит тому факту, что принципиальная возможность создания вакцины против ВИЧ доказана. В 2009 году испытание вакцины RV144 в Таиланде показало эффективность в предотвращении инфекций<sup>[84][85]</sup>.

### Эпидемиология

#### Основная статья: Эпидемиология ВИЧ-инфекции

По данным на 2011 год, в мире за всё время ВИЧ-инфекцией заболели 60 миллионов человек, из них: 25 миллионов умерли, а 35 миллионов живут с ВИЧ-инфекцией<sup>[86]</sup>. В масштабе планеты эпидемическая ситуация стабилизируется, количество новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось с 3,5 миллиона в 1997 году до 2,7 миллиона в 2007 году<sup>[87]</sup>. По данным на конец 2013 года, в России 645 тыс. человек жили с ВИЧ-инфекцией, за период с 1986 по 2013 год умерло от разных причин 153 тысячи ВИЧ-инфицированных граждан России<sup>[88]</sup>. В декабре 2016 года на заседании президиума РАН руководитель Федерального научно-методического центра по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции Вадим Покровский сообщил, что носителями вируса ВИЧ являются примерно 1,5 млн россиян, а 240 тыс. человек умерли от СПИДа<sup>[89]</sup>.

В России из-за смешения ранее доминировавшего в РФ штамма А1 и нового агента АG, занесённого из Средней Азии, появился новый вирус А63, который гораздо опаснее родителей, сообщил в ходе заседания президиума РАН заведующий лабораторией иммунохимии Института вирусологии им. Д. И. Ивановского Эдуард Карамов<sup>[90]</sup>.

В 2016 году в России было зарегистрировано на 5,3% больше новых случаев ВИЧ-инфекции, чем в 2015 году — 103,4 тысячи<sup>[91]</sup>. По данным заместителя генсека ООН, исполнительного директора объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (UNAIDS) Мишеля Седибе по числу новых случаев заражения ВИЧ Россия заняла третье место в мире после ЮАР и Нигерии<sup>[92]</sup>.

#### Клиническая классификация [[править](#) | [править код](#)]

Классификация ВИЧ-инфекции и СПИДа неоднократно уточнялась и изменялась. В первой классификации ВОЗ от 1988 года выделяли 4 стадии. Эта классификация стала основой для других, которые уточняют и детализируют стадии болезни<sup>[93]</sup>:

I стадия — начальная (острая) ВИЧ-инфекция

II стадия — персистирующая генерализованная лимфаденопатия

III стадия — СПИД-ассоциированный комплекс (пре-СПИД)

IV стадия — развёрнутый СПИД.

#### Классификация CDC

В 1993 году<sup>[94]</sup> Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (англ. *CDC*) была разработана классификация<sup>[95]</sup> оценивающая как клинические, так и лабораторные показатели (число CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов в 1 мкл крови). Согласно классификации CDC пациенту диагностируют ВИЧ-инфекцию, либо терминальную стадию СПИД, лица, которые подпадают под критерии категорий А3, В3, С1, С2 и С3 подлежат учёту, как больные СПИД.

Число CD4 <sup>+</sup> Т- (%)	Клинические категории		
		А — бессимптомная	В —



лимфоцитов в 1 мкл	острая (первичная) или ПГЛП (персистирующая генерализованная лимфаденопатия)	Манифестная	индикаторные заболевания
1. > 500 (> 29 %)	A1	B1	C1
2. 200—499 (> 14—28 %)	A2	B2	C2
3. < 200 (< 14 %)	A3	B3	C3

Симптомы клинических категорий по классификации CDC:

A: острый ретровирусный синдром: генерализованная лимфаденопатия (ГЛАП), бессимптомное течение

B: синдромы СПИД-ассоциированного комплекса: кандидоз полости рта, дисплазия шейки матки, органические поражения, опоясывающий герпес, идиопатическая тромбоцитопения, листериоз, лейкоплакия, периферическая нейропатия

C: собственно СПИД: кандидоз лёгких или пищевода, рак шейки матки, кокцидиоз, криптоспориоз, цитомегаловирусная инфекция, герпетический эзофагит, ВИЧ-энцефалопатия, гистоплазмоз, изоспороз, саркома Капоши, лимфома, микобактериоз, пневмоцистоз, бактериальная пневмония, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, сальмонеллёз.

### Клинические стадии ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1990 году разработала клиническую классификацию ВИЧ/СПИДа, которая последний раз была значительно дополнена и обновлена в 2006 году и опубликована, для стран Европы, 1 декабря 2006 г. в «Протоколах ВОЗ по лечению и предупреждению ВИЧ/СПИД»<sup>[96]</sup>.

**Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков старше 15 лет**<sup>[97]</sup>:

- Острая ВИЧ-инфекция: **асимптоматическая, острый ретровирусный синдром**
- Клиническая стадия 1: асимптоматическая, персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ)
- Клиническая стадия 2: себорейный дерматит, ангулярный хейлит, рецидивирующие язвы полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев), опоясывающий лишай (распространённый лишай), рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит, средний отит, фарингит, бронхит, трахеит, (два или более эпизода в течение 6 месяцев), грибковые поражения ногтей, папулёзный зудящий дерматит
- Клиническая стадия 3: волосатая лейкоплакия полости рта, необъяснимая хроническая диарея продолжительностью более 1 месяца, рецидивирующий кандидоз полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев), тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей или суставов, менингит, бактериемия), острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит
- Клиническая стадия 4\*: лёгочный туберкулёз, внелёгочный туберкулёз (исключая лимфаденопатию), необъяснимая потеря веса (более 10 % в течение 6 месяцев), ВИЧ-истощающий синдром<sup>[98]</sup>, пневмоцистная пневмония, тяжёлая или подтверждённая рентгенологически пневмония (два или более эпизода в течение 6 месяцев), цитомегаловирусный ретинит (с или без колит), вирус простого герпеса (англ. HSV) (хронический или персистирующий более 1 месяца), энцефалопатия, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, саркома Капоши и другие ВИЧ-обусловленные злокачественные новообразования, токсоплазмоз,

диссеминированная грибковая инфекция (кандидоз, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз), криптоспоридиоз, криптококковый менингит, инфекция, вызванная нетуберкулёзными микобактериями, диссеминированная микобактериemia (англ. MOTT)

\* Если подкрепляются достаточными доказательствами могут быть включены: карцинома заднепроедного отверстия и лимфома (Т-клеточная Ходжкинская лимфома)

### **Клиническая классификация в СНГ**

В России и странах СНГ получила распространение классификация, предложенная В. И. Покровским в 1989 году<sup>[99][100]</sup>:

I — стадия инкубации

II — стадия первичных проявлений:

A — острая лихорадочная фаза

B — бессимптомная фаза

B — персистирующая генерализованная лимфаденопатия

III — стадия вторичных проявлений:

A — потеря массы тела менее 10 %, поверхностные грибковые, бактериальные, вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий герпес, повторные фарингиты, синуситы;

B — прогрессирующая потеря массы тела более 10 %, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца, повторные и/или стойкие бактериальные и протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек: повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

B — генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные и паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелёгочный туберкулёз, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС различной этиологии

IV — терминальная стадия

Приложение к Инструкции по заполнению годовой формы государственного федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»,<sup>[101]</sup> утверждённой Приказом Минздравсоцразвития России от 17 марта 2006 г. № 166 предлагает следующую классификацию стадий ВИЧ-инфекции<sup>[102]</sup>:

1. Стадия инкубации

2. Стадия первичных проявлений. Варианты течения: бессимптомное, острая инфекция без вторичных заболеваний, острая инфекция с вторичными заболеваниями

3. Субклиническая стадия

4. Стадия вторичных заболеваний. Варианты течения:

потеря массы тела менее 10 %, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, повторные фарингиты, синуситы, опоясывающий лишай. Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии; ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии);

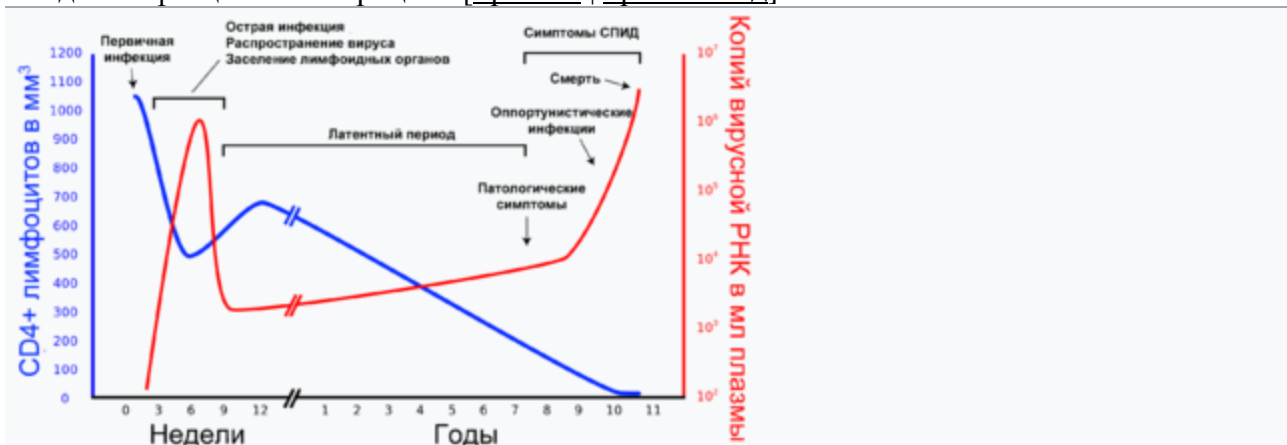
потеря массы тела более 10 %, необъяснимая диарея или лихорадка более месяца, повторные стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, локализованная саркома Капоши, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай. Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии; ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии);

кахексия, генерализованные вирусные, бактериальные, микобактериальные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, в том числе: кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, лёгких; пневмоцистная пневмония; злокачественные опухоли; поражения центральной

нервной системы. Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии; ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

## 5. Терминальная стадия

Стадии инфекционного процесса[править | править код]



Количество CD4 лимфоцитов и копий РНК вируса в крови больного с момента инфицирования до терминальной стадии.<sup>[103]</sup> Число CD4<sup>+</sup> Т лимфоцитов (клеток в 1 мм<sup>3</sup>) Число копий РНК вируса в 1 мл плазмы крови

Общая продолжительность ВИЧ-инфекции у пациентов, не получающих ВААРТ, составляет в среднем 10 лет. В течение всего этого времени наблюдается постоянное снижение количества лимфоцитов в крови пациента, что в конечном итоге становится причиной смерти от вторичных (опортунистических) заболеваний<sup>[19]</sup>.

### Период окна

Период сероконверсии — от инфицирования до появления детектируемых антител к ВИЧ — от двух недель до 1 года (у людей с ослабленным иммунитетом от двух недель до 6 месяцев)<sup>[104]</sup><sup>[19]</sup>.

### Острая фаза

Острая фаза длится до 1 месяца с момента инфицирования. Клинические проявления этой стадии: субфебрильная температура, крапивница, стоматит, воспаление лимфатических узлов, которые становятся увеличенными, мягкими и болезненными (симптомы проходят под маской инфекционного мононуклеоза). Максимальная концентрация вируса и антител появляется только в самом конце продромального периода.

После инфицирования ВИЧ-1 и инкубационного периода, который может длиться от нескольких дней до нескольких недель<sup>[105]</sup>, в большинстве случаев развивается острый «гриппоподобный» синдром, проявление острой вирусемии, некоторые пациенты описывают его как «самый тяжелый грипп» в их жизни<sup>[19]</sup>. Впервые гриппоподобный синдром был описан<sup>[106]</sup> как мононуклеозоподобный синдром с лихорадкой, пятнисто-папулезной сыпью, язвами на слизистой полости рта, лимфаденопатией, артралгией, фарингитом, недомоганием, похудением, асептическим менингитом и миалгией<sup>[107]</sup>. Отмечается, что чем тяжелее симптомы острой фазы и чем дольше они сохраняются, тем быстрее развивается СПИД<sup>[108]</sup><sup>[109]</sup>. Наиболее чувствительными клиническими критериями острой фазы ВИЧ-инфекции признаны лихорадка (80 %) и недомогание (68 %), а наиболее специфичными — похудение (86 %) и язвы слизистой полости рта (85 %)<sup>[19]</sup><sup>[110]</sup><sup>[111]</sup>.

В течение острой фазы вирус активно реплицируется и вирусная нагрузка может достигать 100 млн копий вирусной РНК в 1 мкл, а число CD4+ лимфоцитов падает, иногда до уровня, при котором могут развиваться оппортунистические инфекции<sup>[19]</sup>. Затем это число CD4+ клеток повышается, но обычно не достигает первоначального уровня (норма 1200 в 1 мкл). Число CD8+ лимфоцитов увеличивается, при этом отношение CD4/CD8 может стать менее 1<sup>[112]</sup>. Показано, что чем выше вирусная нагрузка, тем более заразен больной, особенно во время острой фазы ВИЧ-инфекции<sup>[113]</sup><sup>[114]</sup>.

Острая фаза ВИЧ-инфекции обычно продолжается 7—10, редко более 14 дней. Диагностика этой стадии ВИЧ-инфекции трудна из-за *неспецифичности* симптомов и может быть подтверждена при выявлении вирусной РНК в отсутствие антител к ВИЧ. Одним из лучших методов диагностики этой фазы служит выявление РНК ВИЧ-1 в плазме (РНК ВИЧ >10 000 копий/мл<sup>[115]</sup>) с чувствительностью и специфичностью достигающими 100 %<sup>[110]</sup>. Чувствительность определения белка р24 составляет 79 %, а специфичность — 99,5-99,96 %. Диагноз острой фазы ВИЧ-инфекции необходимо подтвердить через несколько недель выявлением антител к ВИЧ. В некоторых случаях начало комбинированной терапии именно на этой стадии может быть полезно для здоровья инфицированного<sup>[19]</sup>.

**Клинические симптомы острой ВИЧ-инфекции**<sup>[116]</sup>. Лихорадка (96 %), лимфаденопатия (74 %), фарингит (70 %), сыпь (70 %)<sup>[117]</sup>, миалгия (54 %), диарея (32 %), головная боль (32 %), тошнота и рвота (27 %), гепатоспленомегалия (14 %), потеря веса (13 %), молочница (12 %), неврологические симптомы (12 %)<sup>[118]</sup>.

### **Латентный период**

После окончания острой фазы, устанавливается «равновесие» между скоростью размножения вируса и иммунным ответом, и затем в течение многих месяцев и лет (до 8—10 лет), инфекция протекает бессимптомно или в форме персистирующей генерализованной лимфаденопатии (стадия 1 по классификации ВОЗ). В этот период происходит активное размножение вируса и постоянное разрушение CD4 клеток. В конце асимптоматической фазы могут появиться различные симптомы и заболевания, которые, однако, не являются критериями СПИД (стадия 2 по классификации ВОЗ). При числе CD4+ лимфоцитов более 200 клеток в 1 мкл заболевания, характерные для стадии СПИД, развиваются редко<sup>[119]</sup>. Латентный период длится 5-10 лет, характерные симптомы этой стадии — лимфаденопатия (увеличение лимфатических узлов). Применение ВААРТ позволяет продлить эту стадию на десятки лет<sup>[19]</sup>. ВИЧ-инфицированные пациенты в латентной стадии ВИЧ-инфекции могут заражать других лиц, даже в случае применения ВААРТ, хотя лечение значительно снижает вероятность инфицирования<sup>[19]</sup>.

### **ПреСПИД**

Продолжительность стадии 1-2 года, начинается угнетение клеточного иммунитета. Характерными заболеваниями являются: рецидивирующий герпес (долго незаживающие изъязвления слизистой рта, половых органов, стоматит), лейкоплакия языка (разрастание сосочкового слоя), кандидоз слизистой рта и половых органов.

### **СПИД**

*Основная статья: **Синдром приобретённого иммунного дефицита***

СПИД — это терминальная (предсмертная) стадия ВИЧ-инфекции. В отсутствие лечения длится до трех лет, в среднем 1-2 года. На стадии СПИД происходит генерализация оппортунистических инфекций и опухолей, в случае развития опасных вторичных заболеваний, продолжительность жизни в отсутствие ВААРТ составляет менее 1 года<sup>[19]</sup>. Характерными заболеваниями для этой стадии являются: туберкулёз, сальмонеллез и его переход в генерализованную форму, энцефалит, менингит, инфекция Legionella pneumophila, грипп, герпес, криптоспоридиоз, токсоплазмоз, менингоэнцефалит, кандидоз, г истоплазмоз, криптококкоз, злокачественные опухоли(саркома Капоши, лимфомы), пневмоцистная пневмония.

Факторы, которые сокращают переход ВИЧ-инфекции в СПИД: зрелый и пожилой возраст, коинфекция другими вирусными заболеваниями, плохое питание, стресс, генетические особенности<sup>[19][120]</sup>. Факторы, которые задерживают развитие СПИД: применение высокоактивной антиретровирусной терапии, лечение сопутствующих заболеваний, следование рекомендациям лечащего врача, правильное питание, здоровый образ жизни (отказ от курения), генетические особенности<sup>[19][120]</sup>.

Группы риска[[править](#) | [править код](#)]

К группам повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией относят некоторые категории людей, в ходе личной жизни или профессиональной деятельности которых вероятность

прямого контакта крови или поврежденной слизистой оболочки с биологическими жидкостями зараженного человека (кровью, спермой, секретом влагалища, предсеменной жидкостью и грудным молоком) возможен с большей вероятностью, чем в среднем по популяции. Наибольшему риску с точки зрения эпидемиологии подвергаются лица, употребляющие **инъекционные наркотики**, использующие общую посуду для приготовления наркотика, а также их половые партнёры<sup>[121]</sup>. Лица (независимо от сексуальной ориентации), практикующие **незащищённый анальный секс**<sup>[122]</sup>, при этом, средняя вероятность заражения пассивного партнёра после одного полового контакта — 1 %, активного — 0,06 %. В частности, примерно 25 % случаев незащищённого анального секса среди серопозитивных геев составляют так называемые «barebackers», составляющие около 14 % всех геев в исследованной выборке, это лица, сознательно избегающие использования презервативов, несмотря на свою осведомлённость о возможности заражения ВИЧ<sup>[123][124][125][126]</sup>. Небольшую долю среди barebackers составляют «bug chasers» — лица, целенаправленно стремящиеся заразиться ВИЧ и выбирающие в качестве партнёров для секса ВИЧ-позитивных или потенциально позитивных индивидуумов, называемых «gift-givers»<sup>[127][128]</sup>. Для лиц, практикующих **незащищённый вагинальный секс**<sup>[129]</sup>, вероятность заражения пассивного партнёра после одного полового контакта оставляет около 0.01-0.32 %, активного — 0.01-0.1 %, и может варьироваться в широких пределах, в зависимости от конкретных условий<sup>[130]</sup>, в частности, этот путь заражения является преобладающим в Африке<sup>[129]</sup>. Согласно данным UNAIDS, 2007 году в Восточной Европе 42 % новых ВИЧ-инфекций было обусловлено именно гетеросексуальными контактами<sup>[131]</sup>. Лица, практикующие **незащищённый оральный секс** (фелляция, куннилингус и анилингус), имеют меньший риск заражения ВИЧ, чем при вагинальном и анальном сексе<sup>[132][133]</sup>, вероятность заражения пассивного партнёра после одного полового контакта — 0,03 %, в среднем, и может изменяться в широких пределах, в зависимости от конкретных условий<sup>[124][88]</sup>. Согласно эпидемиологическим данным, повышенный риск заражения имеют лица, которым делали **переливание** непроверенной **донорской крови**<sup>[134]</sup>, **врачи**<sup>[135]</sup>, больные **венерическими заболеваниями**<sup>[136]</sup>, **проститутки и их клиенты**<sup>[129]</sup>, мигранты<sup>[137]</sup>.

#### Профилактика

Специфическая иммунопрофилактика к ВИЧ-инфекции не разработана, однако показано, что возможно создание вакцины, защищающей от ВИЧ/СПИД. Показано, что моноклональные антитела могут защищать организм против ВИЧ, а некоторые ВИЧ-инфицированные, организм которых продуцируют подобные антитела, не имеют симптомов ВИЧ/СПИД многие годы после инфицирования. Кандидаты-вакцины и моноклональные антитела находятся на ранних этапах клинических исследований. Ещё большее количество препаратов находится на стадии доклинических исследований.<sup>[138][139]</sup>

#### Информирование

К просветительским профилактическим мероприятиям относят:

1. включение урока в курс ОБЖ 9-11 класса;
2. проект «Простые правила против СПИДа»;
3. проведение разного рода мероприятий для молодёжи, направленных на формирование ответственного отношения к своим поступкам в жизни (например, волонёрское движение «Гражданская инициатива» при поддержке Московской городской думы, Департамента семейной и молодёжной политики, а также Московского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом).

К общественным мероприятиям относится реализация программы «Снижение вреда» (Harm Reduction), которая подразумевает работу с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), а именно: обмен игл и шприцев в среде потребителей инъекционных наркотиков (с целью изъятия из оборота ВИЧ-контаминированных игл и шприцев); обучение потребителей наркотиков навыкам менее опасного употребления инъекционных наркотиков (тренинги «Безопасная инъекция», «Дезинфекция», «Неинъекционное употребление») для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) со стойко сформированной

наркозависимостью, которые не могут или не хотят прекратить инъекционное употребление; проведение аутрич-работы на закрытой наркосцене с целью охвата труднодоступных ПИН<sup>[140]</sup>; обеспечение ПИН презервативами, средствами дезинфекции (спиртовые салфетки), средствами гигиены, витаминами и перевязочным материалом (сервис низкого порога); медицинское, психологическое и юридическое консультирование ПИН; мотивационное консультирование ПИН с целью изменения поведения и вовлечения их в программы реабилитации и трезвости; информационно-образовательная работа среди ПИН, в том числе распространение информации о заместительной терапии (контролируемое медиками употребление метадона или бупренорфина (эднок) вместо уличного ВИЧ-рискованного употребления инъекционных наркотиков) и антиретровирусной терапии (поддерживающее лечение СПИДа); социальное сопровождение и переадресация ПИН в соответствующие государственные службы (например, помощь в лечении, трудоустройстве, сопровождение ПИН, освободившихся из мест лишения свободы) и другое.<sup>[141]</sup>

Подход «Снижение вреда» рассматривается специалистами как «мостик» между ПИН, находящимися в употреблении, и программами лечения и реабилитации ПИН. В системе профилактических мероприятий стратегия «Снижение вреда» относится к направлению «Вторичная профилактика». В России «Снижение вреда» практически не используется, обмен шприцев и раздача презервативов осуществляются стихийно некоммерческими организациями и зачастую вызывают сопротивления со стороны властей<sup>[142]</sup>.

К медицинским профилактическим мероприятиям относят:<sup>[143]</sup>

1. Обследование доноров крови, лиц из групп риска.
2. Обследование на антитела к ВИЧ всех беременных.
3. Контроль деторождения у инфицированных женщин и отказ от грудного вскармливания их детей.
4. Пропаганда безопасного секса (то есть использования презервативов).

**Отрицательный результат обследования на антитела не гарантирует отсутствия ВИЧ-инфекции, так как в течение нескольких недель и месяцев после заражения антитела не могут быть обнаружены (т. н. «период окна»).**

**Профилактика инфицирования в медицинских учреждениях**[\[править | править код\]](#)

Наибольшую опасность распространения ВИЧ представляет кровь. Необходимо тщательно избегать случайных повреждений кожных покровов острыми инструментами. Все манипуляции с больными, а также работу с биологическими материалами от больного медицинские работники проводят в резиновых перчатках и масках. Кроме того, необходимо соблюдать все меры предосторожности, предусмотренные при работе с больными вирусным гепатитом В. Если все же произошёл контакт слизистой оболочки или поврежденной кожи медицинского работника с биологической жидкостью, потенциально содержащей ВИЧ, следует незамедлительно (желательно в первые три часа) начать курс постконтактной профилактики антиретровирусными препаратами, что позволит в несколько раз снизить вероятность инфицирования.

Обязательно тщательное мытье рук после снятия перчаток и индивидуальной одежды перед тем, как покинуть помещение, где проводится работа с потенциально инфицированным материалом. Госпитализация больных СПИД и ВИЧ-инфицированных должна осуществляться так, чтобы предотвратить распространение инфекции, а также с учётом требований по содержанию больных с изменённым поведением при поражении центральной нервной системы. При лечении больных с ВИЧ-инфекцией необходимо применять инструментарий и шприцы только одноразового использования. При загрязнении предметов обихода, постельных принадлежностей, окружающей среды выделениями больного необходимо проводить обработку дезинфицирующими средствами (0,2%-ный раствор гипохлорита натрия, этиловый спирт). При соблюдении элементарных правил предосторожности общение с больными является полностью безопасным.<sup>[144]</sup>

**Презервативы**[\[править | править код\]](#)

Согласно рекомендациям CDC, супруги и половые партнеры должны знать о наличии ВИЧ-инфекции у партнера. Вирус иммунодефицита обычно передается при незащищенном анальном или вагинальном сексе, презерватив является лучшим средством защиты при любых формах сексуальной активности. Вирусная нагрузка может варьироваться от неопределяемого уровня 40-75 копий до миллионов в 1 мл крови, при этом, чем выше концентрация вирусной РНК в крови, тем больше вероятность передачи ВИЧ другим лицам. Наличие инфекций, передающихся половым путём или гепатита увеличивает вероятность передачи ВИЧ в 3-5 раз. Даже при снижении копий РНК ВИЧ до уровня 3,500 и ниже в 1 мл крови, сохраняется вероятность передачи инфекции. Следует использовать презервативы при любой форме полового акта<sup>[120]</sup>.

Диагностика

*Основная статья: **Тест на ВИЧ***

Забор небольшого количества крови на анализы от донора

В настоящее время существуют следующие методы диагностики ВИЧ.<sup>[145][146]</sup> **косвенные тесты** позволяют обнаружить специфические антитела к ВИЧ, которые имеются почти у 100 % ВИЧ-инфицированных; **прямые тесты** определяют собственно ВИЧ, антигены ВИЧ или нуклеиновые кислоты ВИЧ (вирусная нагрузка). Вирусную нагрузку (число молекул геномной РНК ВИЧ в мл крови) напрямую связывают со скоростью снижения количества CD4+ лимфоцитов, эта характеристика является важным прогностическим показателем на ранних стадиях заболевания<sup>[147]</sup>.

Для определения антител к ВИЧ, необходимо использовать, по крайней мере, два разных теста: предварительный тест (скрининг-тест) и подтверждающий тест. Большинство современных скрининг-тестов основываются на иммуноферментном анализе (ИФА) или сходных методах; они обладают высокой чувствительностью (до 99 %) и специфичностью (до 99,5 %). Используемые в тесте антигены соответствуют антителам, которые могли выработаться в организме пациента к ВИЧ определённого типа (ВИЧ-1, ВИЧ-2, ВИЧ-1-N, ВИЧ-1-O, ВИЧ-1-M). Для подтверждения результатов скрининг-тестов наиболее часто и используют иммуноблоттинг. Иммуноблоттинг проводится только при получении положительного результата скрининг-теста<sup>[148]</sup>.

**Отрицательный результат обследования на антитела не гарантирует отсутствия ВИЧ-инфекции, так как в течение нескольких недель и месяцев после заражения антитела не могут быть обнаружены (т. н. «период окна»).**

**Экспресс-тесты**

**Отрицательный результат обследования на антитела не гарантирует отсутствия ВИЧ-инфекции, так как в течение нескольких недель и месяцев после заражения антитела не могут быть обнаружены (т. н. «период окна»).**

Методы экспресс-анализа основаны на методах реакция агглютинации, ИФА на полимерных мембранах (тест-полоски), иммунологическом фильтрационном анализе и иммунохроматографии. Экспресс-тесты дают результат в течение 15—30 минут и удобны, когда результат необходимо получить быстро, например при срочном хирургическом вмешательстве<sup>[149][150]</sup>.

**Подсчёт CD4+ лимфоцитов является критическим параметром в мониторинге ВИЧ-инфекции** и позволяет<sup>[151]</sup> оценивать состояние иммунной системы и склонность к развитию СПИД, наряду с клинической информацией определять момент начала антиретровирусной терапии (ВААРТ), определять сроки для профилактики оппортунистических инфекций, оценивать эффективность лечения

Подсчёт CD4+ лимфоцитов проводится или с помощью автоматических анализаторов методом проточной цитометрии или вручную при микроскопии (оптической или флюоресцентной).

Течение ВИЧ-инфекции характеризуется длительным отсутствием существенных симптомов болезни<sup>[152]</sup>. Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании лабораторных данных: при выявлении в крови антител к ВИЧ. Антитела к ВИЧ в период острой фазы, как правило, не

обнаруживают. Спустя 3 мес. после заражения антитела к ВИЧ выявляются у 96-97 % пациентов, спустя 6 мес. — у остальных 2-3 %, а в более поздние сроки — только у 0,5-1 %, по другим данным спустя 3 мес. после заражения антитела к ВИЧ выявляются у 90-95% пациентов, спустя 6 мес. --- 5-9%, у 0,5-1% --- в более поздние сроки. В стадии СПИД регистрируют существенное снижение содержания антител в крови. Первые недели и месяцы после инфицирования представляют собой «период серонегативного окна», когда антитела к ВИЧ не выявляются. Поэтому отрицательный результат тестирования на ВИЧ в этот период не означает, что человек не инфицирован ВИЧ и не может заразить других<sup>[148]</sup>.

Для диагностики поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных больных принята рабочая классификация, утверждённая в Лондоне, в сентябре 1992 года. Все поражения разделены на 3 группы, наибольший интерес вызывают и наиболее часто встречаются поражения, относящиеся к 1 группе<sup>[153][154]</sup>.

- 1 группа — поражения, чётко связанные с ВИЧ-инфекцией. В эту группу включены следующие нозологические формы: кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический, атрофический); волосистая лейкоплакия; маргинальный гингивит; язвенно-некротический гингивит; деструктивный пародонтит; саркома Капоши; неходжкинская лимфома.

- 2 группа — поражения, менее чётко связанные с ВИЧ-инфекцией: бактериальные инфекции; болезни слюнных желёз; вирусные инфекции; тромбоцитопеническая пурпура.

- 3 группа — поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связанные с нею.

В России при постановке диагноза ВИЧ-инфекция проводится дотестовое и послетестовое консультирование пациента, разъяснение основных фактов о заболевании. Пациенту предлагается встать на учёт в территориальный центр профилактики и борьбы со СПИД для бесплатного диспансерного наблюдения врачом-инфекционистом. Приблизительно раз в полгода рекомендуется сдавать анализы (на иммунный статус и на вирусную нагрузку) для контроля состояния здоровья. В случае значительного ухудшения этих показателей рекомендуется прием антиретровирусных препаратов (терапия бесплатна, доступна практически во всех регионах)<sup>[148][155]</sup>.

### **Диагностика новорожденных**

В отсутствие терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-положительной матери составляет от 15 до 25 % в развитых странах, от 25 % до 35 % в развивающихся странах<sup>[156]</sup>.

Применение профилактики двумя препаратами снижает риск заражения ребёнка до 3—8 %<sup>[157]</sup>, а при профилактике с ВААРТ ниже 2 %<sup>[158]</sup>, вплоть до 1,2 %<sup>[159]</sup>. В России частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции с применением антиретровирусной профилактики снизилась с 19,4 % в 2001 до 10,9 % в 2002—2005 гг.<sup>[160]</sup>.

У детей, рождённых от ВИЧ-положительной матери до 12—15 месяцев жизни в крови определяются пассивно приобретенные антитела, проникшие через плаценту от матери, таким образом тест на антитела будет положительным. В настоящее время ранний диагноз, у детей до 18 месяцев, может быть установлен обнаружением нуклеиновых кислот ВИЧ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исключить ВИЧ-инфекцию у новорожденного, в данных случаях, позволяют лишь два отрицательных результата ПЦР: один должен быть получен в возрасте от 1 до 4 месяцев, другой — в возрасте старше 4 месяцев<sup>[161][162]</sup>.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

*Основная статья: Высокоактивная антиретровирусная терапия*

До настоящего времени не разработано лечения ВИЧ-инфекции, которое могло бы устранить вирус иммунодефицита человека из организма. Современная высокоактивная антиретровирусная терапия замедляет прогрессирование ВИЧ-инфекции и её переход в стадию СПИД, позволяя ВИЧ-инфицированному человеку жить полноценной жизнью. При использовании лечения и при условии, что эффективность лекарств сохраняется,



продолжительность жизни человека ограничивается не ВИЧ, а лишь естественными процессами старения. Однако после длительного использования одной и той же схемы терапии, через несколько лет, вирус может мутировать, приобретая резистентность к применяемым препаратам, и для дальнейшего контроля над прогрессирующей ВИЧ-инфекцией применяют новые схемы лечения с другими препаратами. Именно поэтому любая существующая на сегодняшний день схема лечения ВИЧ-инфекции рано или поздно становится неэффективной. Также, во многих случаях, пациент не может принимать отдельные препараты по причине индивидуальной непереносимости.

Грамотное применение терапии отсрочивает развитие СПИД на неопределённое время (до 10-20 лет), появление новых классов препаратов в основном нацелено на уменьшение побочных эффектов от приема терапии, поскольку продолжительность жизни ВИЧ-положительных людей, принимающих терапию, практически сравнялась с продолжительностью жизни ВИЧ-отрицательного населения. В период более позднего развития ВААРТ (2000—2005 гг.) выживаемость ВИЧ-инфицированных больных при исключении больных с гепатитом С достигает 38,9 лет (37,8 — для мужчин и 40,1 — для женщин).

Важное значение придаётся поддержанию здоровья ВИЧ-положительного немедикаментозными средствами (правильное питание, здоровый сон, избегание сильных стрессов и длительного нахождения на солнце, здоровый образ жизни), а также регулярный (2-4 раза в год) мониторинг состояния здоровья у врачей-специалистов по ВИЧ.

По сообщениям агентства «Ассошиэйтед Пресс», в США девочку из Миссисипи удалось полностью вылечить от ВИЧ<sup>[163]</sup>, однако российские учёные подвергли сомнению результаты лечения американских коллег. Как заявил руководитель Федерального научно-методического центра по борьбе и профилактике СПИДа Вадим Покровский, получить достоверные данные о заражении ребёнка ВИЧ спустя 30 часов после рождения на сегодняшний день нельзя<sup>[164]</sup>. Профессор Н. А. Беляков, руководитель Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, отметил, что информацию об излечении ВИЧ следует воспринимать с осторожностью: «Дело в том, что такого просто нет в природе, функционального излечения, тем паче для вирусов. Поскольку у детей течение болезни во многом зависит от того, какая исходная система крепости ребёнка после рождения, то есть от мамы многое зависит, от того, как его кормят. И здесь вот эта фраза про „функциональное излечение“ ничего не определяет в ближайшем или отдалённом будущем этого ребёнка»<sup>[165]</sup>. В июле 2014 года американские ученые объявили, что вновь обнаружили вирус в крови девочки из Миссисипи.<sup>[166]</sup>

В настоящее время, единственным человеком, излечившимся от ВИЧ, считается американец Тимоти Рэй Браун, получивший прозвище «берлинский пациент».<sup>[167][168]</sup> Однако, многие исследователи считают, что метод лечения, благодаря которому у Брана удалось исключить вирус из организма, не может считаться панацеей от ВИЧ.<sup>[169]</sup>

#### Люди, живущие с ВИЧ



Красная лента — символ солидарности с ВИЧ-инфицированными людьми

Термин «Люди, живущие с ВИЧ» (ЛЖВ, либо «Люди, живущие с ВИЧ/СПИД» — ЛЖВС) рекомендуется ВОЗ использовать в отношении человека или группы людей, имеющих ВИЧ-положительный статус, так как он отражает тот факт, что люди могут жить с ВИЧ десятилетиями, ведя активный и продуктивный образ жизни. Крайне некорректным является выражение «жертвы СПИДа» (это подразумевает беспомощность и отсутствие контроля), в том числе некорректно называть детей с ВИЧ

«невинными жертвами СПИДа» (это подразумевает, что кто-то из ЛЖВ «сам виноват» в своём ВИЧ-статусе или «заслужил» его). Выражение «больной СПИДом» допустимо только в медицинском контексте, поскольку ЛЖВ не проводят свою жизнь на больничной койке<sup>[170][171]</sup>.

Права ВИЧ-инфицированных ничем не отличаются от прав иных категорий граждан: они так же имеют право на оказание медицинской помощи, на свободу труда, на получение образования, на личную и семейную тайну и так далее<sup>[172]</sup>.

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РАБОТ

№	СОДЕРЖАНИЕ	часы
1	Профилактика пролежней у детей	3
2	Питание через зонд	3
3	Методы обследования детских хирургических больных	3
4	Принципы послеоперационного ухода за детьми с хирургической патологией	3
5	Уход за хирургической стомой	3
6	Профилактика и предупреждение распространения инфекции в детской хирургической отделении	4
7	Питание ребенка в послеоперационном периоде	4
	<b>всего:</b>	<b>23 ч</b>

*Самостоятельные работы по данному предмету проводятся в аудитории и вне аудитории.*

## ГЛОССАРИЙ

**Асептика** — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания возбудителей инфекции в рану, ткани или органы больного при операциях, лечебных и диагностических процедурах.

А. включает комплекс специальных мероприятий в операционном блоке и хирургическом отделении; стерилизацию и сохранение стерильности инструментов, перевязочного и шовного материалов, катетеров, операционного белья, перчаток, аппаратуры, т.е. всего, что приходит в соприкосновение с раной; обработку рук хирурга и операционного поля. Среди организационных мероприятий важное значение имеет расположение операционных блоков, перевязочных и процедурных кабинетов в максимально возможном удалении от так называемых септических зон.

Профилактика воздушно-капельной инфекции включает правильную планировку операционных с целью обеспечения «подпора» воздуха — создания его потока из операционной в другие помещения. Для предупреждения контактного инфицирования необходимо, чтобы все, что соприкасается с раной, было стерильным.

Имплантационная инфекция развивается при внесении в рану ее возбудителей с шовным материалом, дренажами, протезами, тампонами, трансплантатами и др. Профилактика имплантационной инфекции состоит в строгом соблюдении методов стерилизации шовного материала, протезов, дренажей и т.п.

В профилактике экзогенного инфицирования большое значение имеют обкладывание краев операционной раны стерильными бельем или салфетками, отграничение при помощи стерильного белья или салфеток вскрытого полого органа от операционной раны, смена инструментов, белья, мытье рук хирурга или смена перчаток после основных этапов операции, наложение на рану после операции асептической повязки.

**Антисептика** — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, патологическом очаге или организме в целом, на предупреждение или ликвидацию инфекционного воспалительного процесса.

Различают механическую, физическую, химическую, биологическую и смешанную антисептику. Механическая А. основана на удалении инфицированных некротизированных и нежизнеспособных тканей, инородных тел, вскрытии затеков и карманов и т.д. В ее основе лежит хирургическая обработка ран.

Капиллярность, гигроскопичность, осмос, диффузия являются основой физической А. при дренировании ран и гнойных очагов, наложении гигроскопических повязок и введении тампонов. Также применяют сухое тепло, свет, излучения лазера, ультразвук, ультрафиолетовое излучение, токи ультравысокой частоты.

**Химическая А.** предусматривает местное, энтеральное или парентеральное применение химических веществ, обладающих бактериостатическим или бактерицидным действием с лечебной или профилактической целью.

**Биологическая А.** — использование препаратов биологического происхождения, воздействующих непосредственно на микробную клетку (протеолитические ферменты) или опосредованно, повышая иммунорезистентность организма (средства активной и пассивной иммунизации — бактериофаги, анатоксины, вакцины, сыворотки). Смешанная А.,

включающая механическую (иссечение раны), химическую (промывание и обработка раны антисептиками), физическую (использование дренажей, повязок, физиотерапевтических процедур) и биологическую (введение сывороток, антибиотиков, протеолитических ферментов) антисептику.

**АППЕНДИЦИТ** - неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Симптомы, течение. Внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4-6 ч боль перемещается в правую подвздошную область (обусловленных раздражением висцеральной брюшины). Тошнота, возможна рвота. Язык влажный, обложен белым налетом. Больной лежит на спине или правом боку; изменение положения тела, кашель, смех, чиханье резко усиливают боль в животе. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина - Блюмберга). Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку, особенно при пальпации. Температура часто повышена до субфебрильных цифр. В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Течение у детей, стариков и беременных. У детей недоразвитие большого сальника и гиперергическая реакция организма приводят к быстрому прогрессированию воспалительного процесса и развитию перитонита. Диагностика острого аппендицита у детей в начальной стадии заболевания трудна: тошнота, многократная рвота, высокая температура, разлитая боль в животе, в связи с чем нередко допускаются диагностические ошибки. У стариков снижение реактивности организма обуславливает стертость клинических симптомов заболевания, что может быть поводом к запоздалой диагностике и госпитализации. У беременных смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка маткой приводит к изменению типичной локализации болей, а расположение отростка за маткой - к снижению выраженности перитонеальных симптомов.

Лечение оперативное. Осложнения. Возможно образование абсцессов (боли в области операционной раны, где пальпируется резко болезненный инфильтрат, высокая температура, лейкоцитоз и сдвиг влево) в различных отделах брюшной полости, обычно обусловленных недостаточно тщательным удалением экссудата во время операции. При неполноценном лигировании брыжеечных сосудов удаленного отростка в раннем послеоперационном периоде может развиваться кровотечение в брюшную полость. Реже спаечная непроходимость кишечника.

**Абсцесс легкого**-гнойное расплавление легочной паренхимы. Причина-пневмония, вызванная стафилококком, клебсиаллой, анаэробами, а также контактная инфекция при эмпиеме плевры, поддиафрагмальном абсцессе; аспирация инородных тел, инфицированного содержимого придаточных пазух носа и миндалин, септические эмболы, попадающие гематогенным путем из очагов остеомиелита, гонита, простатита, реже отмечается лимфогенный путь - занос при фурункулах верхней губы, флегмонах дна полости рта. Множественные абсцессы, чаще двусторонние, возникают в результате септикопиемии. Острый абсцесс с перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани может перейти в хроническую форму с образованием плотной пиогенной оболочки. Симптомы, течение. лихорадка, гектическая температура, одышка, локальная боль при дыхании, пароксизмы лающего кашля с увеличением количества мокроты при перемене положения тела, бронхиальное дыхание, разнокалиберные хрипы, мокрота: желтоватая слизь, водянистый слой, на дне - гной. В крови-лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, гипоальбуминемия и диспротеинемия. Лечение. Постуральный дренаж, бронхоскопическая санация, антибиотикотерапия. Обязателен рентгенологический контроль через 3 и 6 мес после выздоровления.

**Абсцессы брюшной** полости (дугласова пространства, поддиафрагмальные, межкишечные) Поддиафрагмальные абсцессы в результате оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, при разрыве абсцессов печени. Симптомы, течение. повышение температуры интермиттирующего или гектического характера, озноб и тахикардия, боль в области абсцесса или ее иррадиация (поддиафрагмальный абсцесс) Частыми симптомами являются паралитическая кишечная непроходимость, местное напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие аппетита, тошнота. В крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно обнаружить уровень жидкости в полости абсцесса. Если абсцесс обусловлен несостоятельностью швов, возможно поступление контрастного вещества из просвета кишечника в полость гнойника. Диагностика: УЗИ, компьютерная томография. Лечение оперативное - вскрытие и дренирование абсцесса.

**АБСЦЕСС ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА** — ограниченное скопление гноя в прямокишечно-пузырном углублении у мужчин или в прямокишечно-маточном углублении у женщин. Абсцесс обусловлен большей частью перфоративным аппендицитом, перфорацией дивертикула ободочной кишки, реже он является остаточным гнойником при лечении диффузных форм перитонита. В связи с тем, что гнойник не имеет непосредственного контакта с передней брюшной стенкой, при пальпации брюшной стенки патологических признаков и симптомов выявить не удается. Больные жалуются на чувство тяжести, распирающие, боль в нижней половине живота, учащенное и болезненное мочеиспускание, учащение стула. При пальцевом ректальном или вагинальном исследовании на передней стенке прямой кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре.

Лечение. Трансректальное или трансвагинальное вскрытие и дренирование гнойника.

**Анестезия общая (наркоз)** — состояние, вызываемое с помощью фармакологических средств и характеризующееся потерей сознания, подавлением рефлекторных функций и реакций на внешние раздражители, что позволяет выполнять оперативные вмешательства без опасных последствий для организма и с полной амнезией периода операции.

*Различают ингаляционные и неингаляционные способы.* Ингаляционные способы введения газообразных и паров летучих наркотических веществ через дыхательные пути. ( этиловый эфир, фторотан, метоксифлуран, этран, циклопропан, закись азота). Существуют открытые, закрытые, полуоткрытые и полузакрытые методы Н.и., отличающиеся так называемые дыхательными контурами пациента. Неингаляционные способы — введение внутривенно, внутримышечно, ректально различных фармакологических средств, а также физические методы воздействия на ц.н.с. или ее периферические отделы (общая электроанестезия, иглоэлектроаналгезия). Барбитуратов (тиопентал-натрий, гексенал), наркотических (морфин, фентанил, промедол), нейролептики (дроперидол) и бензодиазепины (седуксен, феназепам).

**Комбинированный наркоз** применении двух или нескольких препаратов с целью снижения дозы, а следовательно, и токсичности каждого из них. Когда до введения основного наркотического средства или одновременно с ним применяют другое (неингаляционное) наркотическое вещество с целью уменьшения дозы первого, говорят о базис-наркозе основным средством.

Премедикация начинается накануне операции. Основные задачи — устранение предоперационного психоэмоционального стресса, снижение рефлекторной возбудимости, болевой чувствительности, подавление секреции слюнных и бронхиальных желез (транквилизаторы (седуксен или тазепам) снотворное средство (фенобарбитал),

промедола). Вводный наркоз. С этой целью применяют различные виды внутривенной анестезии, обеспечивающие быстрое наступление сна без неприятных ощущений для больного и достаточный уровень анальгезии.

Поддержание А. о. осуществляют путем ингаляции анестетика через маску наркозного аппарата (ингаляционная А. о.) или внутривенным введением соответствующих анальгетиков, седативных и других средств. Выведение из А. о. начинается после прекращения подачи общих анестетиков, имеет разную продолжительность в зависимости от вида общей анестезии.

Общая анестезия. В I стадии снижается болевая чувствительность при сохранении сознания. II стадия (стадия возбуждения). III стадия разделяют на три уровня. Уровень III1 поверхностной А. о. (больной в состоянии сна, зрачки узкие, рефлексы сохранены) позволяет выполнять только кратковременные малотравматичные операции. Уровень III2 (зрачки узкие, отсутствие рефлексов) при введении миорелаксантов достаточен для проведения больших внутриполостных операций. Уровень III3, характеризующийся появлением токсических эффектов (угнетение всех жизненно важных функций, зрачки расширены), не должен достигаться. IV стадию обозначают как стадию выхода из наркоза.

Осложнения. Различают респираторные, сердечно-сосудистые и неврологические осложнения.

К респираторным осложнениям относятся апноэ, бронхиолоспазм, ларингоспазм, неадекватное восстановление самостоятельного дыхания, Рекураризация — остановка дыхания после того, как оно уже полностью восстановилось у больного. Сердечно-сосудистые осложнения включают аритмии, брадикардию, остановку сердца. К неврологическим осложнениям относятся дрожь при пробуждении, гипертермия, судороги, мышечные боли, рвота.

**Анестезия местная** — искусственно вызванное угнетение чувствительности (прежде всего болевой) на ограниченных участках тела, которое обеспечивается блокадой периферической нервной системы на разных уровнях. Позволяет проводить безболезненно различные оперативные вмешательства, перевязки и диагностические манипуляции. При этом сначала исчезает чувство боли, затем нарушается температурная чувствительность и в последнюю очередь — тактильная чувствительность, а также чувство давления. Не требуется специальной предоперационной подготовки, после операции, больной не нуждается в постоянном наблюдении. Осложнения обычно связаны с индивидуальной непереносимостью, передозировкой местных анестетиков или нарушениями техники анестезии. Возможны возбуждение, головокружение, тремор, аллергические реакции (в т.ч. бронхоспазм или ларингоспазм), бледность, потливость, брадикардия, гипотензия, коллапс, судороги; в тяжелых случаях может наступить остановка дыхания. Для профилактики осложнений обязательны выяснение индивидуальной чувствительности к местным анестетикам, тщательное соблюдение их дозировки и техники анестезии.

**Инфильтрационная анестезия.** пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика, который приходит в соприкосновение с нервными окончаниями, блокируя проводимость нервных импульсов. Для анестезии кожи вводят внутривенно тонкой иглой 0,25—0,5% раствора новокаина до «лимонной корочки» по ходу предстоящего разреза. Чаще всего применяют инфильтрационную анестезию по Вишневскому (метод «ползучего инфильтрата»), сущность которого заключается в послойном введении с учетом анатомических особенностей данной области большого количества 0,25% раствора новокаина. Расход его 1,5—3 л. Вводимый под давлением в фасциальные футляры раствор

анестетика распространяется в них и протекает к нервам и нервным окончаниям. Основным условием надежной анестезии является тугая инфильтрация тканей раствором местного анестетика, благодаря которой обеспечивается лучший его контакт с нервными окончаниями. Одновременно достигается так называемая гидравлическая препаровка тканей, которая значительно облегчает манипуляции хирурга и уменьшает кровопотерю.

**Спинальная анестезия** основана на введении раствора местноанестезирующего препарата в субарахноидальное пространство спинного мозга. При этом наступает блокада задних (чувствительных) корешков спинного мозга, что приводит к утрате болевой, тактильной, температурной чувствительности, и передних (двигательных) корешков, что вызывает миорелаксацию. Применяется при операциях на желудке, кишечнике, печени и желчных путях, селезенке, органах малого таза, нижних конечностях. Спинальную пункцию проводят в положении больного на боку с приведенными к животу коленями. После предварительной обработки операционного поля спиртом специальную иглу с мандреном вводят строго сагиттально по средней линии между остистыми отростками LIII-IV. В момент прокалывания твердой мозговой оболочки ощущается характерное сопротивление. Появление капель цереброспинальной жидкости после извлечения мандрена свидетельствует о правильном положении иглы. Затем вводят до 3 мл 5% раствора новокаина, смешанного с 2—3 мл цереброспинальной жидкости.

*Осложнения.* Снижение АД, обусловленное блокадой симпатических волокон. Для предупреждения снижения АД перед операцией вводят подкожно 2 мл 20% раствора кофеина-бензоата натрия и 1 мл 5% раствора эфедрина. При распространении анестетика вверх по субарахноидальному пространству возможна блокада чувствительных и двигательных корешков спинного мозга с параличом дыхательной мускулатуры, что может привести к дыхательной недостаточности или остановке дыхания. При начальных признаках угнетения дыхания применяют оксигенотерапию, при остановке дыхания — искусственную вентиляцию легких. После спинномозговой анестезии могут возникать головные боли, парезы и другие осложнения.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

Эффективность определяется несколькими факторами. Следует учитывать спектр противомикробного действия А. При раневых инфекциях выбор А. проводят на основе идентификации возбудителя и изучения антибиотикограммы, что требует затрат времени. Однако при этих болезнях антибиотикотерапию необходимо начинать в более ранние сроки после установления диагноза, поэтому в таких случаях обычно назначают А. широкого спектра действия (ампициллин, цефалоспорины, канамицин, тетрациклины) или сочетания этих антибиотиков. В последующем проводят соответствующую коррекцию антибиотикотерапии.

Важное значение имеет назначение оптимальных доз и способов введения препаратов с учетом их фармакокинетики в организме больного. Оптимальными являются такие дозы А., при которых концентрация А. в крови в 2—3 раза превышает величину его минимальной подавляющей концентрации в отношении выделенного возбудителя. При тяжелом течении применяют обычно препараты А. для парентерального введения. При необходимости прибегают к местному введению А., например внутривенно при плевритах, в брюшную полость при перитонитах. Эффективность антибиотикотерапии во многом определяется ее оптимальной продолжительностью: лечение А. должно проводиться до стойкого закрепления терапевтического эффекта.

Комбинации А. применяют с целью расширения спектра действия и усиления антибактериального эффекта, а также снижения побочного действия. Комбинированная



антибиотикотерапия показана: при подозрении на смешанную инфекцию и тяжелом течении заболевания; с целью усиления антибактериального эффекта; для предупреждения образования резистентных форм; с целью снижения доз. Следует избегать сочетаний А. с бактерицидным и бактериостатическим типом действия, т.к. значительно ослабляют противомикробный эффект бактерицидно действующих препаратов.

Антибиотикопрофилактику применяют при угрожающей инфекции до развития клинических симптомов заболевания и с целью элиминации возбудителей (при обширных ранах).

**Анаэробная инфекция** — инфекционный процесс (чаще осложнение раневого процесса), вызванный анаэробами. Возбудители А. и. две группы: спорообразующие анаэробы, или клостридии, и неспорообразующие (неклостридиальные) анаэробы. Они являются частью нормальной микрофлоры человека. Патогенные свойства анаэробов реализуются при лишенных кровоснабжения участках тканей, хронической интоксикации, снижении защитных р-ций организма.

Клостридиальная раневая инфекция представлена целлюлитом, миозитом и мионекрозом. Целлюлит - поражением кожи, подкожной клетчатки, а также периваскулярных и периневральных тканевых футляров. Признак — отек кожи и подкожной клетчатки; цвет кожи бледный, отслойка эпидермиса с образованием пузырей, содержащих светло-желтый экссудат без запаха. Миозит и мионекроз - поражение мышц.

*Клиническая картина* В области поражения боли, лихорадка с высокой температурой. Общие симптомы, связанные с интоксикацией организма, нарушение ц.н.с. — от эйфории и до глубокой комы. Неустойчивое АД, венозная гипотензия, застой крови во внутренних органах. Дыхательная недостаточность сопровождается одышкой, снижением концентрации кислорода в крови.

Печеночно-почечная недостаточность, паренхиматозная желтуха, олигоурия. В крови анемия, умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличение СОЭ. Важным признаком является скопление газа в очаге поражения.

Неклостридиальная А. и. мягких тканей может проявляться целлюлитом, фасциитом и миозитом, нередко обильным гнойным отделяемым буро-коричневого цвета с резким, зловонным запахом, часто — с наличием пузырьков газа и капель жира, обширным некрозом мягких тканей. Кроме того, возможны гнойный плеврит, абсцессы внутренних органов и головного мозга, перитонит, послеродовой или послеабортный метроэндометрит, сепсис.

*Лечение* оперативное: широкое рассечение очага поражения и иссечение некротизированных тканей. Профилактика А. хирургической обработка ран, соблюдении асептики и антисептики, превентивном использовании антибиотиков.

**Аутоиммунный хронический тиреоидит** (тиреоидит Хашимото) - заболевание, в основе которого лежит аутоиммунное поражение щитовидной железы, образуются антитела к различным компонентам щитовидной железы - тиреоглобулину, микросомальной фракции, рецепторам к тиреотропину с образованием комплекса антиген-антитело, развитием деструктивных изменений и лимфоидной инфильтрации щитовидной железы.

*Симптомы:* диффузное, иногда неравномерное увеличение щитовидной железы, при пальпации железа плотно-эластической консистенции, подвижная. При больших размерах железы появляются симптомы сдавления органов шеи. По мере развития заболевания

деструктивные изменения приводят к нарушению функции железы - вначале явлениям гипертиреоза вследствие поступления в кровь большого количества ранее синтезированных гормонов, в дальнейшем - к гипотиреозу. Содержание тиреоидных гормонов в крови снижено, тиреотропного гормона - превышает норму. Диагностика титр антитиреоидных антител, данные пункционной биопсии, сканирование.

*Лечение.* тиреоидными гормонами (трийодтиронин, тироксин, тиреотом). При больших размерах щитовидной железы с явлениями сдавления органов шеи - оперативное печение.

**БРОНХОЭКТАЗЫ** - цилиндрические или мешковидные расширения сегментарных и субсегментарных бронхов с хроническим воспалением бронхиальной стенки, в 50% случаев - двусторонние, чаще локализованы в базальных сегментах и нижних долях. В основе развития- врожденные пороки бронхиальных структур, перенесенные в раннем детстве пневмонии или бронхиты, нарушение защитных механизмов, осложнение других легочных и бронхиальных болезней. Различают первичные и вторичные бронхоэктазы. Первичные бронхоэктазы обусловлены врожденными пороками с наступающей гипертрофией слизистой оболочки бронхов, усугубляющей нарушение дренажной функции, гиперкринией с присоединением вторичной инфекции. Причиной вторичных приобретенных бронхоэктазов может быть любое нарушение дренажной функции бронхов как функционального, так и органического происхождения, с вторичной гиперкринией, присоединением инфекции и разрушением стенки бронхов со слабо выраженным хрящевым каркасом.

Симптомы, течение. Характерен кашель, часто с гнойной мокротой, жесткое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы, симптом барабанных палочек и ногтей в виде часовых стекол. Диагноз основывается на рентгенологическом исследовании легких, выявляющем полости, ателектаз и объемное уменьшение доли или долей легкого, инфильтрацию ткани.

*Лечение.* Консервативная терапия, направленная на улучшение дренажной функции бронхов: ингаляции бронхолитиков, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки поколачиванием, курсы санационных фибробронхоскопий. Оперативное лечение при поражении одной доли и двух сегментов на одной стороне и максимум доли на другой выполняют в два этапа с интервалом 5-6 мес.

**ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**-расширение поверхностных вен, сопровождающееся несостоятельностью клапанов и нарушением кровотока. Первичное варикозное расширение связано со слабостью или функциональными нарушениями венозной стенки. Способствуют беременность, ожирение, длительное пребывание в положении стоя, врожденная слабость соединительной ткани, ношение чулок с тугими резинками. Вторичное варикозное расширение возникает в результате нарушения венозного оттока, например при посттромбофлебитическом синдроме, несостоятельности клапанов глубоких вен, опухолях, травмах. При варикозном расширении вен повышение давления в венах приводит к недостаточности клапанов коммуникантных вен, в результате чего при мышечных сокращениях кровь под большим давлением поступает из глубокой системы в поверхностную.

*Симптомы, течение.* варикозное расширение вен; при компенсации венозного кровообращения других жалоб может и не быть, утомляемость, чувство тяжести в ногах, распирание, судороги в икроножных мышцах, особенно к вечеру, а иногда и по ночам, парестезии. Отеки к вечеру, после длительного стояния, после ночного отдыха отеки полностью исчезают.

Состояние коммуникантных вен и их клапанов оценивают с помощью пробы Пратта-2 и

трехжгутовой пробы Шейниса. Прокходимость глубоких вен определяют с помощью пробы Дельбе – Пертеса.

Стадии варикозного расширения вен: I стадия - нет жалоб, только косметические нарушения; II стадия - чувство тяжести, распираания, судороги по ночам, парестезии; III стадия - отеки, чувство распираания, индурация кожи и подкожной клетчатки, пигментация; IV стадия - образование язв.

Лечение. Консервативное - эластические чулки или бинты, препараты, улучшающие микроциркуляцию (венорутон), повышающие капиллярорезистентность (витамин С), дезагреганты (препараты салициловой кислоты), диуретики.

**ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО** - прогрессирующий гнилостный распад паренхимы легкого под влиянием анаэробной инфекции. Предрасполагающими - хронический алкоголизм, сахарный диабет, аспирация из очагов гнойной инфекции во рту и глотке, пневмонии у ослабленных больных. Симптомы, течение. Быстрый, генерализованный распад легочной ткани с гнилостной, кровянистой мокротой. Возникающая гнойно-резорбтивная лихорадка быстро сменяется истощением, сознание спутанное, температура тела становится субфебрильной, при сдвиге формулы белой крови влево имеется лейкоцитоз, выражены гипопроотеинемия и диспротеинемия. Дыхание обычно ослабленное. Рентгенологически определяется отграниченное затемнение, нередко с горизонтальным уровнем жидкости в плевральной полости.

*Лечение.* Цефалоспорины II поколения, интенсивная инфузионная терапия, повторные курсы плазмафереза, в/в введение свежезамороженной плазмы в количестве 200 мл в день. Оперативное лечение показано при профузном легочном аррозионном кровотечении.

**ГЕМОРРОЙ** - увеличение объема кавернозных телец прямой кишки, сопровождающееся кровотечениями, а иногда тромбозом и воспалением, зудом и другими симптомами. Этиология, патогенез. В основе заболевания лежат нарушения регуляции притока и оттока крови в кавернозных венах прямой кишки, приводящие к застою в них крови.

Симптомы, течение. При неосложненном геморрое - зуд, ощущение инородного тела, выделение капель или струйки алой крови в конце акта дефекации, анемия. При осложнениях сильная боль, повышается температура, возникают отек и гиперемия вокруг заднего прохода, затруднение акта дефекации, иногда задержка мочи. Течение длительное с периодическим обострениями и осложнениями вплоть до выраженной анемии и гнойного воспаления, с тромбозом и некрозом узлов.

*Диагноз* ставят на основании характерных жалоб, обнаружения выпадающих узлов в области заднего прохода, результатов пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии. Лечение в ранних стадиях консервативное: гигиеническая и производственная гимнастика, послабляющая диета, легкие слабительные средства, тщательный влажный туалет после акта дефекации, ванночки с прохладной водой, свечи с проктогливенолом, местно - анестезирующие средства. При острых осложнениях - тромбозе и воспалении узлов - постельный режим, послабляющая диета, местно- охлаждающие средства (свинцовая примочка, пузырь со льдом, прохладные ванночки с раствором перманганата калия), антибиотики. При выраженном выпадении узлов и кровотечениях-хирургическое лечение.

**ГИДРАДЕНИТ** - гнойное воспаление апокриновых потовых желез. Этиология. Гипергидроз, ссадины, опрелость в сочетании с инфекцией (стафило- и реже стрептококк). Чаше возникает в подмышечных впадинах, реже в области промежности и пупка.

*Симптомы*, течение. После небольшого зуда появляется боль и плотный узел диаметром 0,5-3 см, расположенный под кожей, позже определяется флюктуация. Воспаление может захватить несколько потовых желез или переходить с одной железы на другую. Температура повышена, в крови - лейкоцитоз со сдвигом влево.

*Лечение* в стадии инфильтрации консервативное (покой, антибиотики, ультрафиолетовое облучение, обработка кожи спиртом или антисептиками), при появлении флюктуации - вскрытие гнояника. При рецидивах показана специфическая иммунотерапия (стафилококковая вакцина, анатоксин, гамма-глобулин), общеукрепляющая и витаминотерапия

**ГИПОТИРЕОЗ**-заболевание, обусловленное недостаточным обеспечением органов и тканей гормонами щитовидной железы.

*Этиология*. При первичном гипотиреозе - непосредственное повреждение щитовидной железы: врожденные аномалии, воспалительные - при хронических инфекциях, аутоиммунной природы, повреждения щитовидной железы после введения радиоактивного йода, операции на щитовидной железе, недостаток йода в окружающей среде; при вторичном - инфекционные, опухолевые или травматические поражения гипоталамо-гипофизарной системы. Передозировка мерказолила может привести к функциональной форме первичного гипотиреоза. Периферическая форма заболевания обусловлена либо нарушениями периферического метаболизма тиреоидных гормонов, либо снижением чувствительности органов и тканей к тиреоидным гормонам.

*Патогенез*. Снижение секреции тиреоидных гормонов, приводящее к замедлению всех процессов обмена веществ.

*Симптомы*. Зябкость, сонливость, вялость, снижение памяти, замедление речи, движений, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, артралгии, отечность лица и конечностей, имеющая своеобразный характер, кожные покровы сухие, бледные, с желтоватым оттенком, язык утолщен, по краям - вдавления от зубов, охриплость голоса, ломкость и выпадение волос на голове, латеральной трети бровей, лобке, снижение температуры тела, запор, брадикардия, глухость тонов сердца, реже нормальная частота сердечных сокращений, редко тахикардия. ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, изменения конечной части желудочкового комплекса.

*Лечение*. Заместительная терапия препаратами щитовидной железы или синтетическими тиреоидными гормонами (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреотом-форте, тиреокомб). При тахикардии или артериальной гипертензии совместно с р-блокаторами (анаприлин, тразикор). При сочетании гипотиреоза и гипокортицизма - заместительная терапия кортикостероидами, предшествующая или назначаемая одновременно с тиреоидной. Витамины А, С, В1 при показаниях мочегонные (триампур, верошпирон), коронарорасширяющие средства.

**Грыжи паховые** делят на косые (грыжевой мешок располагается в паховом канале среди элементов семенного канатика) и прямые (грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика). Дифференцировать косую и прямую грыжи можно по следующим признакам: косые чаще встречаются у молодых, обычно односторонние, при длительном существовании могут спускаться в мошонку. Прямые грыжи чаще возникают у пожилых людей, бывают двусторонние, в мошонку не опускаются. Косые грыжи могут быть врожденными.

*Лечение* оперативное. При любом виде паховой грыжи страдает в первую очередь задняя стенка пахового канала, пластика которой является основным элементом оперативного лечения. Чаще используют метод Бассини - подшивание нижнего края внутренней косой П поперечной мышцы к пупартовой связке под семенным канатиком с последующим сбиванием над ним апоневроза наружной косой мышцы.

При высоком паховом промежутке, когда возникает значительное натяжение мышц, используемых для укрепления задней стенки пахового канала, можно ослабить натяжение послабляющим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы.

### **ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

Грыжа белой линии чаще возникает у мужчин; возникновение ее связано с наличием дефектов в белой линии живота, обусловленных переплетением волокон апоневрозов косых мышц. Выделяют 3 стадии грыжи: предбрюшинную липому (нет грыжевого мешка), начало образования грыжи, сформированная грыжа. Болевой синдром выражен даже на стадии предбрюшинной липомы, что связано с ущемлением нервов предбрюшинной клетчатки, причем болевой синдром может напоминать язвенную болезнь, холецистит. Лечение оперативное: при одиночном дефекте - пластика белой линии по типу Мейо (дубликатура апоневроза в поперечном направлении), при множественных дефектах - продольная дубликатура апоневроза по Сапезко.

Грыжа пупочная чаще встречается у женщин. Способствуют образованию грыжи частые роды, тяжелая физическая работа. Как и послеоперационные грыжи, они часто невосприимчивы и многокамерны. Лечение оперативное, при небольшом размере пупочного кольца используют метод Лексера (кисетный шов на дефект брюшной стенки) с сохранением пупка. Обычный вариант операции - дубликатура апоневроза в поперечном направлении (метод Мейо).

Осложнения. Ущемление, воспаление, повреждения и новообразования. Ущемление Г. обычно обусловлено внезапным сдавливанием ее содержимого в грыжевых воротах, возникающим в результате поднятия тяжести, сильного натуживания, кашля и др. Нарушается кровоснабжение, пропотевание плазмы в толщу стенки и просвет кишки и стенка подвергается некрозу. Образующаяся так называемая грыжевая вода первоначально стерильна, но впоследствии может инфицироваться. Некроз кишечной стенки завершается ее перфорацией. При излитии кишечного содержимого в грыжевой мешок развивается его флегмона, а при прорыве в брюшную полость — перитонит. Клинически ущемление проявляется резкими болями в области грыжевого выпячивания, которое увеличивается в объеме, становится невосприимчивым, резко болезненным при пальпации. Часто, особенно при ущемлении кишки, возникает рвота, прекращается отхождение газов и кала. Появляются признаки интоксикации — тахикардия, слабый пульс, сухость языка, похолодание конечностей, спутанность сознания.

**Грыжа бедренная** чаще встречается у женщин. К развитию бедренной Г. предрасполагают увеличение размеров и слабость глубокого бедренного кольца. Бедренная Г. располагается чуть ниже паховой связки, что отличает эту грыжу от паховой, лежащей выше связки. Полная бедренная Г. выступает через бедренное и подкожное кольца, неполная Г. не выходит за пределы поверхностной фасции и находится в бедренном кольце, в связи с чем ее трудно установить клинически. Больные обычно жалуются на боли в низу живота, в паховой области, бедре. Когда грыжевым содержимым является стенка мочевого пузыря, наблюдается дизурия. При сдавлении бедренной вены возможен отек ноги, развивающийся к концу дня.

Лечение оперативное. Предпочтение следует отдать паховому способу (способ Руджи), при

котором нижний край внутренней косой и поперечной мышц подшивают к надкостнице лонной кости, пупартовой связке.

**Грыжи послеоперационные.** Предрасполагающими моментами возникновения этих грыж являются: нагноение операционной раны, тампонирование брюшной полости через рану, использование операционных разрезов, при которых пересекаются нервы брюшной стенки. Как правило, послеоперационные грыжи невосприимчивы и многокамерны, что обусловлено выраженным спаечным процессом в области операционного доступа. Нередко достигают значительных размеров. При оперативном вмешательстве вправление в брюшную полость содержимого грыжевого мешка и ушивание дефекта брюшной стенки могут привести к резкому повышению внутрибрюшного давления, смещению диафрагмы вверх и возникновению острой дыхательной недостаточности. В связи с этим необходима специальная предоперационная подготовка больных.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД-3.01

2017 йил 24 08

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

444-

2017 йил



ТИББИЁТ КАСБИГА КИРИШ  
ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	100 000 – Гуманитар соҳа 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110 000 – Педагогика 510 000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100 – Даволаш иши 5111000 – Касб таълими (5510100 – Даволаш иши) 5510800 – Харбий тиббиёт (5510100 – Даволаш иши) 5510200 – Педиатрия иши

Тошкент – 2017

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 22-08 даги 474-сонли буйруғининг 3-қисми билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббиёт таълим муассасалараро Мувофиқлаштирувчи услубий Кенгашининг 2017 йил 24-06 даги 2-сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббиёт таълим муассасалараро ишчи гуруҳ аъзолари томонидан ишлаб чиқилди.

#### Тузувчилар:

Халматова Б.Т.	ТГА 1-сон Болалар касалликлари кафедраси mudiri, т.ф.д., профессор
Миррахимова М.Х.	ТГА 1-сон Болалар касалликлари кафедраси доценти
Охунов А.О.	ТГА умумий ва болалар хирургияси кафедраси mudiri, т.ф.д., профессор
Атаков С.С.	ТГА умумий ва болалар хирургияси кафедраси доцент
Каримов М.Ш.	ТГА ИКП ва гематология кафедраси mudiri, т.ф.д., профессор
Парлибаева Д.А.	ТГА ИКП ва гематология кафедраси доценти, т.ф.н.
Жафаров Х.М.	ТошПМИ болалар хирургияси кафедраси

#### Такризчилар:

Шамансурова Э.А.	ТошПТИ амбулатория тиббиёти, нур диагностикаси ва давоси кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Каримджанов И.А.	ТГА 2-сон болалар касалликлари кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими йўналишлари бўйича ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2017 йил 18-08 даги 4-сонли баённомаси билан маъқулланган.



Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 201\_\_ йил “\_\_” \_\_\_\_\_ даги “\_\_” – сонли буйруғининг \_\_-иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббиёт таълим муассасалараро услубий Кенгашининг 201\_\_ йил “\_\_” \_\_\_\_\_ даги “\_\_” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси ва Тошкент Педиатрия тиббиёт институтида ишлаб чиқилди.

**Тузувчилар:**

1. Халматова Б.Т. – ТТА 1-сон Болалар касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
2. Миррахимова М.Х. - ТТА 1-сон Болалар касалликлари кафедраси доценти
3. Охунов А.О. – ТТА умумий ва болалар хирургияси кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
4. Атаков С.С. - ТТА умумий ва болалар хирургияси кафедраси доценти
5. Каримов М.Ш. – ТТА ИКП ва гематология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
6. Парпибаева Д.А. – ТТА ИКП ва гематология кафедраси доценти, т.ф.н.
7. Жафаров Х.М. - ТошПМИ болалар хирургияси кафедраси

**Тақризчилар:**

Фан дастури ..... институт Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (201\_\_ йил “\_\_” \_\_\_\_\_ даги “\_\_” -сонли баённома).

## II. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва ортирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг илк босқичи ҳисобланади. Талабалар томонидан бемор муаммоларини аниқ тасаввур қила олиш бемор парваришига ёрдам беради.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт фанига кириш фани ўқув режасининг клиник фанлар блокига таалуқли бўлиб, 1 курснинг 1-2 семестрларида ўқитилади ва синов (зачет) билан яқунланади. Фанни ўқитиш учун биология, одам анатомияси, кимё фанлари назарий замин бўлиб хизмат қилади. Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани кейинчалик ички касалликлар пропедевтикаси, болалар касалликлари пропедевтикаси, умумий хирургия ва болалар хирургияси фанлари учун назарий замин бўлиб хизмат кўрсатади.

## III. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Фанни ўқитишдан мақсад - катталар ва болалар саломатлигини яхшилаш учун зарур бўлган сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш компетенцияларини шакллантириш.

### **Фанни вазифаси:**

- катталар, болалар ва ўспиринларни стационар даволаш тизимида парвариш қилишни, ҳамширалик жараёни босқичларини ўргатиш;
- даволаш муассасаларидаги режимни ўргатиш;
- деонтология ва этика тамойилларини сингдириш;
- стационарда даволаниш давомида катталар ва болаларга санитар ишлов бериш қодаларини ўргатиш;
- анропомерия, термометрия усулларини ўргатиш;
- энг кўп тарқалган касалликлар билан даволанаётган беморларни дифференциал тарзда парвариш қилишни ўргатиш;
- касаллик тури ва оғирлик даражаси, беморнинг ёшига қараб овқатлантиришни ўргатиш;
- дори воситаларини қабул қилиш усуллари ва йўллари ўргатиш;
- тиббий муолажаларни бажариш техникасини ўргатиш;
- беморларни тезкор ва режали операцияларга тайёрлашни ўргатиш;
- жонлантириш бўлимида даволанаётган ва жонлантириш бўлиmidан чиққан беморларни парвариш қилишни ўргатиш;
- хаёт учун хавфли ҳолатларда (юракнинг тўхташи, нафас олишнинг бузиллиши, қон кетиши, захарланиш, куйиш, совуқ қотиш, аспирация) беморларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш;
- лаборатор текширув учун биологик материалларни тўплашни ўргатиш;
- парваришнинг замонавий усуллари тўғрисидаги илмий адабиётлардан фойдаланишни ўргатиш;

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

### **Талаба:**

- беморларни парвариш қилишнинг деонтологик тамойиллари; даволаш ва профилактика муассасаларининг турлари; беморни парвариш қилиш усуллари ва унинг аҳамияти; ҳамшира иш жойига бўлган талаблар; ҳамшира иш жойидаги хужжатлар ва уларни юритиш тартиби; дори воситаларини сақлаш ва тарқатиш; дезинфекция, стерилизация, асептика ва

антисептика қоидалари; касалхона ходимларининг шахсий гигиена қоидалари тўғрисида **тасаввурга эга бўлиши**;

– физиологик ва даво столлари, беморни овқатлантириш ва идишларга қайта ишлов беришни; ҳаракат режимини; «реанимация», «клиник ўлим», «биологик ўлим» тушунчаларини, реанимацион чора-тадбирларни ўтказишга кўрсатмаларни; беморларни санитар ишлов бериш турларини; безгак турларини; беморларни рентгенологик, ультратовуш ва бошқа текширувларга тайёрлашни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;

– хоналарни тозалаш, хонани шамоллатиш, жорий ва якуний дезинфекция ўтказиш; дори воситаларини бериш усуллари; тиббий муолажаларни ўтказиш (термометрия, антропометрия, нафас олиш сони, юрак уриш сонини аниқлаш, артериал қон босимини ўлчаш); даво муолажаларини ўтказиш (ингаляциялар, горчич қўйиш ва бошқ); тананинг турли қисмларини иммобилизация қилиш усуллари; оғир беморларни парвариш қилиш **амалий кўникмаларига (шу жумладан клиник амалий кўникмаларига) эга бўлиши керак**.

#### **IV. Асосий назарий қисм (маъруза машғулоти)**

##### **1. Бемор болаларни парвариш қилиш**

1. Педиатрияга кириш. Педиатриянинг ривожланиш тарихи. Болалик даврлари.
2. Турли ёшдаги болаларни парвариш қилишда ҳамширалик жараёнинг хусусиятлари.
3. Соғлом болаларни овқатлантириш.
4. Кўкрак ёшидаги болаларнинг психомотор ривожланиши
5. ОИВ/ОИТС инфекцияси. Болаларда кечиш хусусиятлари. Профилактика усуллари.

##### **2. Терапевтик беморларни парвариш қилиш**

1. Тиббиёт деонтологияси асослари. Хозиргизамонтиббиётида ятрогения, эвтаназия муаммолари. Мулоқот турлари. Клиника фаолияти билан танишиш. Даволаш муассасалари фаолиятини ташкил этиш. Беморлар умумий парваришининг моҳияти.
2. Нафас тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва уларнинг назорати.
3. Юрак-қон томир тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва уларнинг назорати.
4. Хазм тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва уларнинг назорати.
5. Буйрак ва сийдик ажратув йўллари касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва уларнинг назорати.

##### **3. Хирургик беморларни парвариш қилиш**

1. Хирургиянинг асосий йўналишлари. Хирургик ёрдам тузилмаси ва уни ташкил этиш хусусиятлари
2. Хирургик касалликлар ва турли шикастланишдан кейинги беморларни парваришlash
3. Хирургик беморларни диагностик текширув ва хирургик амалиётга тайёрлашнинг ўзига хослиги. Хирургик амалиётдан кейинги асоратлар ва амалиётдан кейинги даврда беморлар парвариши
4. Терминал ҳолатлар ва реанимация асослари. Хирургик бўлимда ўлган беморларга муносабат асослари. Эвтаназия муаммолари.

##### **4. Хирургик бемор-болаларни парвариш қилиш**

1. Хирургик касалликлар хақида тушунча хирургик касалларни қабул қилиш маслаҳат беришнинг асосий қонуниятлари ва турлари. Шифокор ва бемор мулоқотининг ахамияти, ятрогения ва эфтаназия муаммолари ва уларни хал қилишнинг ахамияти.
2. Хирургик беморларни операция олди даврида ва операциядан кейинги даврда шифокорнинг бемор билан мулоқотининг ахамияти, антисептика ва асептика

конуниятларини ўрганиш, шахсий гигиена ва шифохона ички инфекцияси хақидаги маълумотлар.

3. Терминал беморлар ва уларни парваришлаш асослари.

## **V. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Амалий машғулотлар учун куйидаги мавзулар тавсия этилади:

### **1. Бемор болаларни парвариш қилиш**

1. Болаларга ва ўсмирларга даволаш-профилактик ёрдам кўрсатишнинг замонавий тамойиллари. Болалар даволаш-профилактик корхоналарининг ишини ташкиллаштириш.

Болалар касалхонасининг даволаш-ҳимоялаш тартиби. Соғлом ва бемор болаларнинг парвариш қилиш тизими хақида тушунча. ЖССТ ва БМТ нинг “Болага яхши муносабатли шифохона” болалар фондининг ташаббус тамойиллари. Болалар парвариши ва тарбиясида кичик ва ўрта тиббиёт ходимларининг ўрни. Тиббиёт ходимлари фаолиятининг этик-деонтологик тамойиллари. Кичик ва ўрта тиббиёт ходимларининг функционал вазифалари (палата, муолажа хонаси хамшираси).

2. Болалар касалхонасининг тузилиши. Шифохонанинг асосий тузилиш бўлимлари: қабул бўлими, даволаш бўлимлари, махсус даволаш бўлимлари, ташхислаш хизмати хонаси ёки бўлими, хўжалик хизмати, ташкилий-методик бўлим. Бўлим ва хизматларнинг вазифалари ва фаолиятлари. Санитар-эпидемиологик тартиб. Шифохонага беморлар қабули, педикулез ва юқумли касалликларни олдини олиш. Бемор болаларнинг ота-оналарининг ташрифи ва озик-овқат олиб келишини назорат қилиш. Дезинфекция турлари. Бемор хонасини тозалаш техникаси, жорий ва якуний дезинфекция. Дезинфекцияловчи суюқликларни тайёрлаш ва ишлатиш техникаси. Бемор хонасини санитар ҳолатини назорат қилиш, тоза ва ишлатилган чойшабларни сақлаш ва алмаштириш тартиби. Хамширанинг тиббий хужжатлари ва навбатчиликни топшириш тартиби. Хамшира ва кичик хамшираларнинг иш жойини ташкил қилиш. Навбатчиликни алмаштириш ва топшириш қоидалари. Дори воситаларини ҳисобга олиш ва сақлаш.

3. Болалар корхонаси ишчиларининг шахсий гигиенаси. Болалар корхонасининг ускуналари. Янги туғилган чақалоқларнинг, кўкрак, эрта ва катта ёшдаги болалар ва ўсмирларнинг шахсий гигиенаси. Беморларнинг ички кийими ва чойшабларини алмаштириш ва шахсий гигиена қоидалари. Гигиеник ва даволовчи ванналарини ўтказиш техникаси. Эрта ёшдаги бемор болаларни хожатга чиқишида ёрдамлашиш.

4. Беморлар транспортировкаси. Ҳар хил касалликларда беморларни транспортировкаси қоидалари. Кўкрак, эрта ва мактаб олдинги даврдан олдинги давр ёшидаги ва оғир болаларни транспортировка қилиш хусусиятлари. Ётоқ яраларни профилактикаси ва даволаш, и лечение пролежней, гигиеник ва даволовчи ванналарини ўтказиш техникаси. Катта ёшдаги бемор болаларни хожатга чиқишида ёрдамлашиш.

5. Термометрия. Тана ҳароратини белгилаш. Тиббий муолажаларни бажариш техникаси: антропометрия, термометрия, натижаларни қайд қилиш. Термометрия ўтказиш қоидалари ва техникаси. Ҳарорат ўлчашнинг асосий жойлари: кўлтиқ ости, чов бурмаси, тўғри ичак. Беморни ташқи кўринишига қўйиладиган талаблар.

6. Касалхонада болаларни овқатлантириш. Турли ёшдаги болаларнинг физиологик ва даволовчи овқат турлари хақида тушунча. Оғир беморларни овқатлантириш. Овқат тайёрловчи бўлим ишининг ишлаш тартиби ва қоидалари, тайёрланган овқатларни касалхона бўлимларига транспортировкаси. Болаларни овқатлантириш қоидалари, идиш анжомларининг тозалаш техникаси. 1 ёшгача бўлган болаларни овқатлантириш техникаси. Мактабгача бўлган ёшдаги ва оғир беморларни овқатлантириш.

7. Кўкрак ёшидаги болани парвариш қилиш. Эрта ёшдаги болаларни тарбиялаш элементлари, кун тартиби, уйқу режими. Бир ёшгача бўлган болаларни кийинтириш техникаси. Чиниқтириш хақида тушунча, болаларни вазни ва бўйини ўлчаш. Кўкрак ёшидаги

болаларни овқатлантириш, эмизиш техникаси. Идиш товоқларни сақлаш ва тозалаш техникаси. Кўкрак ёшидаги болаларни табиий, аралаш ва сунъий овқатлантириш қоидалари.

8. Эрта ёшдаги болаларни жисмоний ва нерв-психик тарбияси воситалари. Эрта ёшдаги болаларни тарбияси, кун тартиби, уйқу. Бир ёшгача бўлган болаларни тарбиялаш тизимида жисмоний ва нерв-психик воситаларни кўллаш. Тартиб тушунчаси, болаларни ўсиши ва тарбиясини назорат қилиш. Болалар атрофининг ташқи кўриниши ва хонани эстетик жиҳозлаш. Дам олиш жойининг аҳволи. Хона анжомлари ва ўйинчоқларни танлаш. Ходим ва боланинг ташқи кўриниши ва хулқи. Эрта ёшдаги болаларнинг уст боши кийимларига санитарно-гигиеник талаб. Жисмоний, ақлий, эстетик тарбияни комплекс элементлари. Турли ёшдаги болаларнинг кун тартиби. Бола ривожланиши ва хулқини назорат қилиш

9. Ташхислаш мақсадида лаборатор текшириш учун биологик материални йиғиш, сақлаш ва жўнатиш тартиб қоидалари (қон, сийдик, аҳлат, балғам ва бошқалар). Беморни ультратовуш, эндоскопик ва рентгенологик текширувга тайёрлаш тартиби ва қоидалари.

10. Дори воситалариникабул қилиш турлари ва мақсади. Оғиз орқали дорини юбориш тартиби ва қоидалари. Дори воситаларини парентерал юбориш техникаси билан танишиш. Дори воситаларини парентерал юбориш тартиби ва қоидалари (тери ичи, тери ости, мушак ораси, томир ичи инъекциялари). Дори воситасини парентерал юборишга кўрсатма. Парентерал инекция техникаси ва қоидалари. Асоратлар (гематома, қон кетиш ва бошқалар). Кўкрак ва эрта ёшдаги болаларга даволаш ва диагностика мақсадида парентерал муолажалар ўтказиш техникаси. Томир ичига муолажа ўтказиш ва инфузия қилишни назорат қилиш.

11. Овқат ҳазм қилиш касалликлари билан оғриган беморларни кузатиш ва парваришлаш. Ошқозон тизими касалликларида бемор болаларни парвариш қилиш. Овқатланиш, сув ва туз эритмаларни бериш хусусиятлари. Ошқозон ва дуоденал зондлаш, ичакни бўшатиш техникаси. Бемор бола нажаси ҳолатини назорат қилиш. Ошқозонни ювиш, тозаловчи ва даволовчи ҳўкна кўйиш техникаси. Қорин оғриғида, диарея ва қусишда врачгача бўлган ёрдам кўрсатиш. Ошқозон ичак трактидан қон кетишда врачгача бўлган ёрдамнинг асосий босқичлари.

12. Сийдик чиқариш йўллари касалликларида бемор болаларни назорат қилиш ва парваришлаш. Бўйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларида бемор болани парвариш қилиш. Овқатланиш, сув ва туз қабул қилиш тартиби. Сув қабул қилиш ва чиқаришни назорат қилиш қоидалари. Лаборатор текширув учун сийдикни йиғиш техникаси. Эрта ёшдаги болалардан сийдик йиғиш хусусиятлари. Беморни ультратовуш ва рентгенологик текширувга тайёрлаш тартиби ва қоидалари.

13. Юрак қон томир касалликларида бемор болаларни назорат қилиш ва парваришлаш. Юрак қон томир касалликларида бемор болаларга парвариш ўтказиш қоидалари. Қон босимни ўлчаш, пульс, нафас, юрак ўришини санаш техникаси. Овқатланиш, сув ва туз қабул қилиш тартиби. Юрак - қон томир тизими касалликларида ҳаракат қилиш тартибини бажарилишини назорат қилиш хусусиятлари.

14. Нафас олиш тизими касалликларида бемор болани назорат қилиш ва парваришлаш. Нафас олиш аъзолари касалликларида (пневмония, бронхит, асма, ЎРИ) бемор болани парваришлаш қоидалари Қон босимни ўлчаш, пульс, нафас, юрак ўришини санаш техникаси. Функционал текширувлар ўтказишга кўрсатма (пикфлоуметрия, спирометрия, спирография, балғам олиш техникаси).

15. Тери касалликларида бемор болани назорат қилиш ва парваришлаш. Тана ҳарорати кўтарилган бемор болани парвариш қилиш. Тери касаллигида ва тана ҳарорати кўтарилганда овқатланиш, сув-туз қабул қилиш тартиби. Термометрия ва маълумотларини белгилаш. Терини йирингли, сувланувчи касалликларида профилактика. Тери шикастланганида парвариш қилиш тартиби. Тиббий муолажа ўтказиш техникаси. Врачгача бўлган ёрдамни ўтказиш. Гигиеник муолажаларни ўтказиш техникаси (эрталабки туалет, ванна, ювиниш, бошни соч қисмини ва тирноқларни парвариш қилиш). Даволовчи ванналарни қабул қилиш. Суртма дори воситаларни суриш техникаси.

16. Қон кетиш ҳолатларида бемор болани парвариш қилиш. Қон кетиш турлари. Қон ҳосил қилиш тизим ва гемостаз касалликларида бемор болани парвариш қилиш. Қон кетиш юқори бўлган ҳолатларда ҳаракат қилиш режими. Бурундан, ошқозон-ичак трактидан, бачадондан ва бошқа аъзолардан қон кетишда врачгача бўлган ёрдамни кўрсатиш.

## **2. Терапевтик беморларни парвариш қилиш**

**1. Даволаш муассасаларининг фаолиятини ташкил этиш. беморлар умумий парваришининг моҳияти.** Амалий тиббиёт тамоилларининг асослари. Даволаш муассасаларининг турлари. Терапевтик беморларни даволашнинг умумий тизимида бемор парваришининг аҳамияти. Даволаш муассасаларида ҳамшира ва кичик тиббиёт ходимларининг вазифалари. Тиббиёт этикаси ва деонтология асослари. Тиббий ходимларнинг ташқи кўриниши. Тиббиёт ходимларининг ахлоқий ва юридик жавобгарлиги. Шифохона қабул бўлими. Қабул бўлимининг асбоб-ускуна ва жихозлар билан таъминланганлиги. Беморларни қабул қилиш ва руйхатдан ўтказиш. касаллик тарихининг паспорт қисмини тўлдириш. Тери қопламлари ва сочни кўздан кечириш. Педикулёз аниқланган беморларни тозалаш. Беморлар гигиенаси(тўлиқ ва қисман). Шифохона даволаш бўлимларида беморлар транспортировкаси турлари. Қабул бўлимининг санитар-эпидемиологик режими.

Шифохона даволаш (терапевтик) бўлимлари. Даволаш (терапевтик) бўлимлари ускуна ва жихозлари. Даволаш бўлимларида ҳамшира вазифалари. пост ҳамширасининг ишини ташкиллаштириш. Антропометрия. Даволаш бўлимларининг ички тартиб қоидалари. Беморларга ташрифни ташкиллаштириш. Тиббий ҳимоя режими ҳақида тушинча. Тиббий хужжатлар: шифокор тавсияси дафтари, касаллик тарихи тавсиясидан кўчирма олиш. Беморлар фаолияти журнали, навбатчиликни топшириш журнали, кучли таъсирга эга ва наркотик анальгетикларни ҳисоб китоб журнали. Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш. Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш тартиби: оғир ва янги қабул қилинган бемор билан танишиш, палаталар кўриги, шошилинич ва бажарилмаган тавсияларни, пост ҳамшираси документларини топшириш. Даволаш (терапевтик) бўлимлар санитар-эпидемиологик режими.

**2. Беморлар овқатланиши.** Шифобахш овқатланиш ҳақида тушинча. Парҳез столлар ҳақида тушинча. Меню тузиш ва қайд қилиш. овқат тарқатиш тартиби. Оғир беморларни, заифлашган ва қари ёшдаги беморларни озиклантириш. Беморларни зонд ёрдамида сунъий ва парентерал озиклантириш.

**3. Тана ҳарорати ва уни ўлчаш.** Термометр ва уни сақлаш, дезинфекция қилиш. Тана ҳароратини ўлчаш усуллари. Тана ҳароратини ўлчаш натижаларини қайд қилиш, ҳарорат варақасини тўлдириш. Иситма ҳақида тушинча. Иситма турлари. иситма ривожланишининг 3 та даври. Иситмалаган беморларни парвариши.

**4. Физиотерапевтик муолажалар.** Зулук қўйиш техникаси. Кекса беморларда оддий физиотерапевтик муолажалар ўтказишнинг хусусиятлари. Муолажалар вақтида беморларни кузатиш ва асоратлар юзага келган ҳолатларда биринчи ёрдам кўрсатиш.

**5. Дори воситаларини қўллаш усуллари.** “А” ва “Б” руйхатдаги дори воситаларини, ташқи, энтерал ва парентерал киритиладиган дори воситаларини бўлимда сақлаш. Дори воситаларин киритишнинг энтерал йўли. Таблетка, порошок, капсула, эритма, микстура, томчи дориларни тарқатиш. Ҳамшира ҳузирида дори воситаларини қабул қилиш. Суппозиторийларни(свеча) қўллаш. Дори воситаларини ташқи қўллаш усуллари. Малхамлар, эритмалар, кукунлар, пластрларни қўллаш. Дори воситаларини парентерал киритиш усуллари. Шприц ва ниналар турлари. Антибиотиклар эритиш қоидалари.

Бемор терисини инъекцияга тайёрлаш. Тери ости ва мушак орасига инъекция қилиш техникаси. Эҳтимолли асоратлар ва уларнинг профилактикаси. Ёғли эритмаларни киритиш хусусиятлари. Вена ичи инъекциясини техникаси. Венепункция. Суюкликларни вена ичига киритишда системани тўлдириш. Вена ичига томчилаб дори юбориш техникаси содир бўлиши мумкин бўлган асоратлари ва профилактикаси. Текширув учун қон олиш техникаси.

Аллергик реакциялар ҳақида тушинча, анафилактик шок. Шифокоргача бўлган биринчи ёрдам.

**6. Нафас тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва уларни назорати.** Нафас тизими касалликларида кузатиладиган асосий патологик симптомлар (ҳансираш, бўғилиш, йўтал, қон тупириш, ўпкадан қон кетиши, кўкрак қафасида оғриқ, иситма) ҳақида тушунча.

Нафасни кузатиш, нафас ҳаракатини санаш. Беморга тўшакда қулай шароит яратиш. Оксигенотерапия усуллари. Кислород баллонлари билан ишлаж жараёнида ҳавфсизлик чоралари. Чўнтак ингаляторларидан фойдаланиш. Текширув учун балғам йиғиш. Туфдонни дезинфекциялаш. Нафас тизими касалликлари билан касалланган беморларни умумий парвариши.

**7. Юрак қон томир тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва кузатиш.** Юрак қон томир тизими касалликларида кузатиладиган асосий патологик симптомлар (юрак соҳасида оғриқ, ҳансираш, бўғилиш, шиш ва бошқалар) ҳақида тушинча. Артериал гипертензия, юрак ва томир етишмовчиликлари ҳақида тушунча. Атрериал пульсни текшириш. Рақамли ва график тарзда қайд қилиш. Артериал босимни ўлчаш техникаси. Қон айланиш аъзолари касалликлари билан касалланган беморлар умумий парвариши: ётоқ учун қулай ҳолат яратиш, чойшабларни алиштириш хусусияти, ётоқ яралар профилактикаси, беморларни озиклантириш, парҳез, сув туз балансини назорат қилиш ва ҳ.к. Кекса беморларда кузатув ва парваришнинг ўзига хос жиҳалари. Юрак соҳасида оғриқ, бўғилиш, артериал босимнинг кўтарилиши, ҳушсизланишда биринчи шифокоргача бўлган ёрдамни кўрсатиш.

**8. Хазм тизими касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва кузатиш.** Хазм тизими касалликларида кузатиладиган асосий патологик симптомлар (қоринда оғриқ, диспептик ўзгаришлар, меъда ва ичакдан қон кетиш, сариқлик ва бошқалар) ҳақида тушунча. Беморларни рентгенологик ва эндоскопик текширувларга тайёрлаш. Таҳлил учун ахлат олиш. Беморларни ахлатни яширин қонга текшириш таҳлиliga ахлат олиш учун тайёрлаш. Кекса беморларда кузатув ва парваришнинг ўзига хос жиҳалари.

**9. Буйрак ва сийдик ажратув йўллари касалликлари билан касалланган беморларни парвариши ва кузатиш.** Сийдик чиқариш, унинг тезлиги ва характерини кузатиш. текширув учун пешоб олиш, лабораторияга юбориш. Глюкозурияни лаборатор аниқлаш учун пешоб йиғишнинг қоидалари. Ўткир сийдик тутилишида чора тадбирлар. Катетеризация. буйрак ва сийдик йўллари касалликлари билан касалланган беморларнинг умумий парвариши. Кекса беморларда кузатув ва парваришнинг ўзига хос жиҳалари. Оғир ва агонал беморлар парвариши.

### **3. Хирургик беморларни парвариш қилиш**

**1. Тиббиёт этикаси ва деонтология асослари.** Тиббиётда этика ва деонтология тушунчаси. Шифокор ва бемор. Шифокор ва бемор қариндошлари. Онкологияда деонтология. Шифокор сири. Тиббиёт муассасида ходимларнинг ўзаро муносабатлари. Шифокор ва жамият. Тиббиёт ходимлари хулқ атвори (ўзини тутишлари).

**2. Хирургик ёрдам тузилмаси ва уни ташкил этиш.** Қабул бўлими ишини ташкил этиш. Қабул бўлими функциялари. Тозалов ишларига талаблар. Кутиш зали. Навбатчи хамшира хонаси. Кўрик хонаси ва унинг жихозланиши. Муолажа хонаси ва жихозланиши. Амалиёт ва бойлов хоналари. Санитар кўрик ўтказиш хонаси ва унинг вазифалари. Қабул бўлими хамшираси вазифалари. Қабул бўлими хирург вазифалари. Хирургик касалларни қабул қилиш қоидалари. Хирургик бемор транспортировкаси. Хирургик бўлим тузилиши ва жихозланиши. Беморхона (палата) ва шифохона ўрни. Боғлов хонаси. Кун тартиби. Хирургик бўлим даволаш – профилактика режими. Хирургик бўлимни тозалаш. Госпитал инфекция. Реанимация ва интенсив терапия бўлимининг ўрни ва ахамияти. Реанимация ва интенсив терапия бўлимида бемор атроф мухити клиник гигиенаси. Реанимация ва интенсив терапия бўлимининг даволаш- профилактика режими. Реанимация ва интенсив терапия бўлимида тиббиёт ходимлари атроф мухити клиник гигиенасининг хусусиятлари. Реанимация ва

интенсив терапия бўлимининг бўлинмалари тузилиши. Реанимацион зал. Реанимацион зал жихозланиши. Текширув-диагностик аппаратлар. Даволаш аппаратлари. Индивидуал парвариш жихозлари. Интенсив терапия палаталари. Реанимация ва интенсив терапия хамшираси пости.

**3. Бемор гигиенаси.** Бемор шахсий буюмлари гигиенаси. Бемор танаси гигиенаси. Беморни ювиш ва тахорат килиш. Бемор сочлари парвариши. Бемор кўзлари парвариши. Бемор кулоқлари парвариши. Бемор бурни парвариши. Бемор оғиз бўшлиғи парвариши. Бемор тери қоплами парвариши.

**4. Беморларни диагностик текширувларга тайерлаш.** Беморларни эндоскопик текширувларга тайерлаш. Беморларни рентгенологик текширувларга тайерлаш. Ультратовуш текширувга тайерлаш. Рентген компьютер томографияси ва магнит-резонанс томография текширувига тайерлаш. Хўқналар ўтказиш. Тозаловчи хўқна, бажариш техникаси. Сифон хўқна. Гипертоник хўқна. Колостом оркали хўқна килиш.

**5. Турли касалликларда беморлар парвариши.** Магистрал кон томирлар касалликлари ва шикастланишлари билан беморларни парвариши. Вена кон томирлари касалликлари билан беморларни кузатиш ва парвариш қилиш. Ўпка ва плевра бўшлиғи йирингли касалликлари билан беморларни парваришлаш. Қон туфлаш билан беморларни парвариши. Таянч – ҳаракат аппарати шикастланиши билан беморларни парвариши. Урологик касаллар парвариши. Ётоқ яралар профилактикаси. Беморни тўшакдаги холати. Бемор кийими ва чойшабини алмаштириш. Оғир беморларни кийимини алмаштириш.

**6. Беморларни оператив давога тайерлаш.** Амалиётдан олдинги давр. Беморларни амалиётга психоэмоционал тайерлаш. Қорин олд девори ва қорин бўшлиғи аъзолари амалиётга тайерлаш. Кўкрак бўшлиғи аъзолари амалиётга тайерлаш. Хамрох патологияли беморларни амалиётга тайерлаш ўзига хослиги. Кекса ёшдаги ва қарияларни амалиётга тайерлаш ўзига хослиги. Бевосита амалиётга тайерлаш.

**7. Амалиётдан кейинги даврда беморлар парвариши.** Қорин бўшлиғи аъзолари амалиётдан кейинги беморлар парвариши. Кўкрак бўшлиғи аъзолари амалиётдан кейинги беморлар парвариши. Шикастланишдан кейин «Скелет тортиш»да ётган беморлар парвариши. Гастростомали беморлар парвариши. Илеостомали бемор парвариши. Калостомани парвариш қилиш. Ахлат қабул қилувчи мосламалар (калоприемник) турлари.

**8. Дори – дармонларни қўллаш усуллари.** Инъекциялар ўтказиш техникаси. Тери ичига инъекция. Тери ости инъекциялари. Мушак ичига инъекциялар. Венепункция. Вена ичига инъекциялар ва осмалар. Вена ичига томчилаб дори қуйиш системасининг тузилиши. Вена ичига дори қилишга системани тайерлаш. Вена ичига томчилаб дори қуйишда флаконни алмаштириш. Вена ичига инъекциялар асоратлари. Периферик ва марказий веноз катетерларни парваришлаш. Веноз катетерни олиб ташлаш алгоритми.

**9. Ковак аъзоларни дренажлаш.** Дренажлаш тўғрисида тушунча. Дренажлар қўллашга кўрсатмалар. Назогастрал, орогастрал зондлар. Меъдага зонд қўйиш техникаси. Меъдани зондлаш вақтида эҳтиёт чора тадбирлари. Назоинтестинал зонд. Трансанал дренажлаш.

**10. Хирургик беморлар овқатланиши.** Даволовчи озиклантириш. Даволовчи овқатлантириш асосий тамойиллари. Беморларни озиклантириш ва овқатлантиришни ташкил қилиш. Хирургик беморларни озиклантириш турлари. Табiiй овқатлантириш. Сунъий озиклантириш. Энтерал овқатлантириш. Энтерал овқатлантиришга кўрсатмалар. Энтерал овқатлантириш асослари. Беморларни зонд оркали овқатлантириш.

**11. Хирургик беморларни даволашда қўлланиладиган физиотерапевтик даволаш усуллари.** Физиотерапия ҳақида тушунча. Компресслар. Иситувчи компресс. Грелкалар. Музли халтачалар. Тиббиётда зулукни қўллаш (гирудотерапия). Сув билан даволаш. Ванналар. Ўтирган холатдаги ванналар. Даволовчи ванналар. Даволовчи физкультура.

**12. Терминал холатлар ва реанимация асослари.** Терминал холатлар турлари, симптоматикаси ва диагностикаси. Преагонал холат. Агония. Клиник ўлим. Биологик ўлим. Реанимацион муолажаларни ўтказишга кўрсатмалар. Реанимацион муолажаларни ўтказишга қарши кўрсатмалар. Нафас ва қон айланиши тўхтаганда биринчи ёрдам. Юрак – ўпка



реанимацияси техникаси. Сунъий нафас бериш. Юрак ёпик массажи. Тириклик белгилари мезонлари. Юрак – ўпка реанимациясини тўхтатишга кўрсатмалар. Хирургик бўлимда ўлган беморларга нисбатан бажариладиган хатти - ҳаракатлар қоидалари. Эвтаназия муаммолари.

#### **4. Хирургик бемор-болаларни парвариш қилиш**

1. Хирургик беморларнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни қабул қилишда шифокорнинг тутган ўрни.
2. Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг ахамияти.
3. Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг ахамияти.
4. Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари
5. Маслаҳат беришнинг асосий принциплари, операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслаҳат бериш. Ўзаро тушуниш ва ишонч, шифокорнинг ўзини тутиши.
6. Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши
7. Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти.
8. Хирургик беморларни кузатиш в адаволашдаги муолажалари.
9. Наркоз тушунчаси, турлари, асоратлари бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқот қилишининг ахамияти.
10. Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг ахамияти.
11. Беморнинг рухий ҳолати - тушкунлик, шок, қурқув, ғам - андух, хаяжон ҳолатларида шифокорнинг тутган ўрни.
12. Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг ахамияти.
13. Овқатлантиришни ташкиллаштириш операциядан кейинги даври бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқоти.
14. Терминал ҳолатдаги оғир беморларни олиб боришда–беморни аҳоли ҳақида хабар
15. Оғир хирургик беморларда кийим–кечак ва оқликларни алмаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари, ётоқ, яраларни олдини олишда шифокорнинг тутган ўрни.
16. Хирургик беморларда–амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД) масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари.

Амалий машғулотлар мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гуруҳга бир ўқитувчи томонидан ўтказилади. Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- Амалий машғулотларни мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- Ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- Талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
- Талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш;

#### **Ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Талабаларнинг “Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш” фани бўйича клиник амалиёти касалхоналарнинг терапевтик, хирургик ва болалар бўлимларида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва 3 босқични ўз ичига олади:

1. Кириш қисми – машғулотнинг мақсади ва вазифалари аниқланади, ўрганилаётган кўникмадан фойдаланишнинг мотивацион асоси, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Агар техник воситаларни қўллаш талаб этилса (пикфлоуметр, спироанализатор, тонометр, отоскоп, офтальмоскоп ваш.ў.), унда уларнинг таъсир механизми, қўллаш техникаси таништирилади.

2. Кўникмани намоиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш – бунда кўникмани босқичларга тўғри тақсимлашга алоҳида эътибор қаратилади. Тескари алоқани олгунга қадар, яъни ўрганаётган шахс мустақил, бироқ педагог назорати остида бажара олганда, кўникмани бажаришнинг барча босқичларини умумлаштириш ва муляжларда, ўзаро бири-бирида кўп марта машқ қилиш ва фақат кўникмага эга бўлгандан сўнг беморда қўллагунча, ҳар бир босқич намоиш қилинади ва ишлаб чиқилади.

3. Хулоса – ўрганаётган шахс билан ушбу кўникманинг аҳамиятини муҳокама қилиш ва уни турли вазиятларда қўллаш. Сўров асосида бирламчи бўғиннинг мақсади ва вазифаларига эришилганлигига ишонч ҳосил қилиш. Ўқитиш жараёнида юзага келган муаммоларни аниқлаш ва ҳал қилиш.

Талабаларга бажарилаётган амаллар алгоритми мавжуд бўлиши лозим (кафедранинг услубий қўлланмасида касбий йўриқномалар батафсил ёритилган, ўқув хонаси деворига схема кўринишида осиб қўйилган бўлиши лозим). Ўқитувчи назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғрилайди. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишга ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашга тайёр бўлишлари лозим.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирганлик даражасини баҳолайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади.

“Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш” фани бўйича клиник амалиётни ўтиш даврида талабалар қуйидаги амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган:

### **1. Бемор болаларни парвариш қилиш**

1. Бемор бола ва ўспириннинг ота-онаси билан мулоқат қилиш;
2. Бемор болага қабулхонада санитар ишлов бериш, кийимини ва чойшабини алмаштириш;
3. Турли ёшдаги ва турли касалликлар билан касалланган беморларни парвариш қилиш ва транспортировкаси;
4. Боланинг тана ҳароратини ўлчаш;
5. Лаборатор текшириш учун биологик материалларни йиғишни билиш;
6. Бемор болаларни овқатлантириш билиш;
7. Чўнтак ингаляторларидан фойдаланиш кўникмаси.
8. Оғиз бўшлиғи, кўзлар ва сочлар парвариши.
9. Кўз, бурун ва қулоқ томчиларини томизиш.
10. Бемор бўйи ва вазнини ўлчаш.
11. Кўкрак қафаси айланасини аниқлаш.
12. Парвариш қилиш учун ишлатиладиган материаллар ва тиббий ускуналарни дезинфекция қилиш;
13. Суткали диурезни йиғиш;
14. Антропометрияни ўтказиш;
15. Термометрияни ўтказиш, нафас олиш сони, юрак уриш сонини аниқлаш, артериал қон босимини ўлчаш;
16. Тиббий муолажаларни ўтказиш (ингаляция, горчичник қўйиш ва бошқ);
17. Палата хамшираси, муолажа хонаси хамшираси хужжатларини юритиш;
18. Болада ҳаёт белгиларини аниқлаш;

19. Болада ўлим белгиларини аниқлашни билиш;
20. Турли хил қон кетишларда болага бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни билиш;
21. Қайт қилиш, қусиш, диарея, қорин оғриғида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
22. Тозаловчи хўкна ўтказиш

## **2. Терапевтик беморларни парвариш қилиш**

1. Беморлар парвариши ва унинг аҳамияти. Беморлар парваришида деонтологик жиҳатлар.
2. Даволаш-профилактик муассасаларнинг турлари, уларнинг фаолият тамоиллари.
3. Терапевтик бўлимлардаги тиббий-ҳимояловчи режим.
4. Қабул бўлимнинг фаолиятини ташкил этиш.
5. Пост ҳамширасининг функционал вазифалари.
6. Муолажа хонаси ҳамширасининг функционал вазифалари.
7. Қабул бўлимида беморлар гигиенаси.
8. Тиббиёт ходимларининг қўлларини ювиш.
9. Муолажа хонаси жиҳозлари ва фаолияти.
10. Муолажа хонасини тозалаш ва кварц лампасини ишлатиш.
11. Хоналарнинг жорий ва ялпи кўтариб тозалаш.
12. Дори воситаларининг сақлаш ва тарқатиш қоидалари.
13. Дори воситаларини киритиш усуллари.
14. Дори воситаларини томир ичига томчилаб юбориш учун инфузион системани тайёрлаш.
15. Тери ости ва тери ораси инъекцияси методикаси.
16. Беморларнинг транспортировкаси.
17. Фаоллик тартиби. Турли касалликларда беморларнинг ётоқдаги вазияти.
18. Ўрин тўшакларни тайёрлаш. Беморларнинг кийими ва чойшабларни алмаштириш.
19. Бўйрак касалликлари билан касалланган беморларнинг парвариш хусусияти.
20. Сийдик тутилишида беморларнинг назорати ва парвариши.
21. Сийдик тутолмасликда беморларнинг назорати ва парвариши.
22. Бўйрак ва сийдик йўллари касалликлари билан касалланган беморларни инструментал текширувларга тайёрлаш.
23. Тери парвариши, ётоқ яралар профилактикаси ва даволаш.
24. Оғиз бўшлиғи, кўзлар ва сочлар парвариши.
25. Кўз, бурун ва қулоқ томчиларини томизиш.
26. Бемор бўйи ва вазнини ўлчаш.
27. Кўкрак қафаси айланасини аниқлаш.
28. Нафас ҳаракати сонини санаш.
29. Беморларнинг кресло-каталкада, замбилда ва қўлда транспортировкаси
30. Оғиз бўшлиғи, бурун, қулоқ парвариши.
31. Тана ҳароратини ўлчаш ва ҳарорат варақасига олинган маълумотларни қайд қилиш.
32. Лаборатор текширув учун балғам йиғиш.
33. Турли усулларда оксигенотерапия ўтказиш.
34. Чўнтак ингаляторларидан фойдаланиш кўникмаси.
35. Артериал қон босимини ўлчаш.
36. Бактериалогик текширув учун томоқ ва бурундан суртма олиш.
37. Лаборатор текширув учун пешоб йиғиш.
38. Зимницкий бўйича синама ўтказиш.

## **3. Хирургик беморларни парвариш қилиш**

1. Меъдага зонд қўйиш алгоритми
2. Ел (газ) чиқариш найчасини қўйиш техникаси.
3. Сифон хўкна ўтказиш, бажариш техникаси.
4. Ёғли хўкна ўтказиш, бажариш алгоритми.
5. Даволовчи (дорили) хўкна ўтказиш

6. Гипертоник хўкна ўтказиш
7. Тозаловчи хўкна утказиш. Бажариш алгоритми
8. Оғир ётган беморнинг чойшабини бўйламасига алмаштириш усули кетма- кетлиги
9. Оғир ётган беморнинг чойшабини кўндалангига алмаштириш усули кетма- кетлиги
10. Оғир ётган беморнинг кийимини ( куйлагини) алмаштириш техникаси
11. Оғир ётган бемор қулоқлари парвариши
12. Оғир ётган бемор бурни парвариши
13. Оғир ётган бемор сочлари парвариши
14. Оғир ётган бемор оғиз бўшлиғига ишлов бериш техникаси
15. Оғир ётган беморга тувак (судна) тутиш
16. Ётоқ яралар профилактикаси
17. Оғир пациентларни тахорат килиш ( оралиқ сохасини ювиш) техникаси
18. Тери ости инъекциясини бажариш алгоритми
19. Мушак орасига инъекция техникаси
20. Махаллий иситиш компрессини кўллаш техникаси
21. Гастростомани парвариш қилиш
22. Колостомани парвариш қилиш
23. Цистостомани парвариш қилиш
24. Беморни буйракларини рентгенографияга тайёрлаш
25. Беморни урографияга тайёрлаш
26. Беморни холецистографияга тайёрлаш
27. Беморни холеграфияга тайёрлаш
28. Беморни ирригоскопияга тайёрлаш
29. Беморни ректороманоскопияга тайёрлаш
30. Беморни колоноскопияга тайёрлаш

#### **4. Хирургик бемор-болаларни парвариш қилиш**

1. Қабул бўлимида беморларни тозалаш
2. Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш
3. Оғир беморларни ўрин кўрпа ва окликларини алмаштириш
4. Беморлар тумбочкалари санитария ҳолати ва тозалаш
5. Оғир беморларни ювинтириш
6. Оғир беморлар – тери, шиллик каватлари, сочлари ва тирноқлари парвариши
7. Беморларга судна, сийдикдон тутиш ва уларни тозалаш
8. Ичак ва сийдик окмалари булган беморлар парвариши
9. Оғир беморларни оғиз бушлиғи ва бурун бушликлари парвариши
10. Оғир беморларни кўз ва қулоқлари парвариши
11. Қўсаётган беморга ёрдам кўрсатиш
12. Беморлар тана ҳароратини пулсини ва артериал босимни улчаш
13. Хантал, компресс ва иситгичлар қўйиш
14. Махаллий муз халта қўйиш
15. Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш

#### **Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар**

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

#### **I. Мустақил таълим ва мустақил ишлар**

Мустақил таълим учун тавсия этиладиган мавзулар:

##### **1. Бемор болаларни парвариш қилиш**

1. Соғлом болаларни чиниқтириш усуллари
2. Тез-тез касалланувчи бола
3. Акселерация
4. Боланинг кун тартиби

5. Болалар орасидаги зарарли одатлар
6. Авитаминов ва гиповитаминозлар
7. Гиперактив бола

## **2. Терапевтик беморларни парвариш қилиш**

1. Хозирги замон тиббиётида ятрогения муаммолари. Ятрогениянинг аҳамияти, долзарблиги, хозирги замоннинг “агрессив” тиббиёт билан боғлиқлиги.
2. Эвтаназия муаммолари.
3. Пациент билан вербал мулоқот кўникмалари. Пациент билан новербал, вербал мулоқот, аҳамияти, турлари (вазоят, жест, овоз, интонация, ритм, мимика) кўникмалари.
4. Маслаҳат турлари, қоидалари, маслаҳат бериш кўникмалари, асосий принцип ва қоидалари. Коммуникацион тўсиқлар.
5. Беморларнинг руҳий ҳолати «Депрессия, шок, қўрқув, чўчиш, ипохондрия, ўзини айбдор хис қилиш», суйицидал фикрлаш ва х.к.
6. Кризис ҳолатда бўлган беморга маслаҳат бериш. Йўқотиш, бемор ҳолатини ўзига хослиги.
7. Оғир ва ўлаётган беморлар билан мулоқотнинг ўзига хослиги
8. Кекса бемор. Кекса организмнинг физиологик хусусиятлари

## **3. Хирургик беморларни парвариш қилиш**

1. Ётоқ яраларни даволаш ва олдини олишнинг замонавий усуллари
2. Хирургик беморларни энтерал ва парентерал овқатлантириш учун замонавий дори-воситалар
3. Хирургик беморларни текшириш усуллари
4. Хирургик беморларни операциядан сўнгги даврда парвариш қилиш қоидалари ва усуллари
5. Замонавий зондлар, дренажлар, катетерлар
6. Хирургияда госпитал инфекцияни профилактикаси

## **4. Хирургик бемор-болаларни парвариш қилиш**

1. Болаларда ётоқ яраларни олдини олиш
2. Зонд орқали овқатлантириш
3. Хирургик беморларни текшириш усуллари
4. Хирургик беморларни операциядан сўнгги даврда парвариш қилиш қоидалари
5. Хирургик стомани парвариш қилиш
6. Болалар хирургияси бўлимида инфекциянинг олдини олиш
7. Операция қилинган болани овқатлантириш

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- Аудитория машғулотларидан ташқари тренажер, муляж ва симуляцион залларида/марказларида тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш
- Тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- аҳоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;

- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- **Шунингдек талабанинг мустақил иши бўлиб:**
- График органайзерлаш ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Кроссвордлар тузиш ва ечиш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг қўллаш ва ҳ.к.

## VI. Ўқув ва малакавий амалиётлар

Малакавий амалиёт даврида талабалар олий таълим ўқитиш босқичларида ўзлаштирган амалий кўникмаларини: бемор парвариши ва ёрдам кўрсатишни такомиллаштиради ва вилоят, шаҳар, туман миқёсидаги шифохона, амбулатория – поликлиника, туғруқ комплекси шифокорлари хизматининг ташкилий ишлари ва шароитлари билан танишишади.

Малакавий амалиёт дастури ўқув дастури, ўқув режа ва фан дастури асосида тузилади. Талаба малакавий амалиётни ўтганидан сўнг кундаликни тўлдириб, амалиёт даврида бажарилган ишлар бўйича хисобот тақдим этади ва амалиёт сўнгида имтиҳон жараёнида баҳоланади.

## VII. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбаалари

### 1. Бемор болаларни парвариш қилиш

#### Асосий адабиётлар

1. Каримжонов И.А Педиатрия ва неонатологияда ҳамширалик иши –Т., 2012
2. Xalmatova V.T., Fayzieva O'R., Satiboldieva N.R. Neonatologiyada hamshiralik ishi – дарслик, -Т, 2014
3. Даминов .Т.О., Халматова .Б.Т.,Бобоева У.Р Болалар касалликлари, -Тошкент, 2013
4. Даминов .Т.О., Халматова .Б.Т.,Бобоева У.Р Детские болезни- Тошкент,, 2013

#### Қўшимча адабиётлар

1. Краснов А.Ф. Сестринское дело - таҳрири остида Олий ўқув юртларининг олий маълумотли хамшира факултети учун ўқув қўлланма- М., 2000 й, 1-2 том.
2. Синельников И.М. Неотложная помощь в педиатрии- Мостква, 2000
3. Болалар касалликларини интеграцион усулда олиб бориш. Ўқув қўлланма. УзРССВ/ЮНИСЕФ, 2003
4. Кўкрак сути билан боқиш. Ўқув қўлланма. ЎзРССВ/ЮНИСЕФ, 2013.
5. Болаларга стационар ёрдам курсатиш. Методик қўлланма.(УзССВ №225 буйруғи, 2013)
6. Manual of Pediatric Nursing. Janet M. Brucker., Kelly D. Wallin., USA, 1996
7. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
8. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
9. Margaret C. Heagarty., William J. Moss Pediatrics, -, -1997, USA
10. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O'zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
11. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O'zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
12. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O'zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

### **Интернет сайтлари**

1. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
2. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
3. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
4. [www.info@tma.uz](mailto:www.info@tma.uz)

### **2. Терапевтик беморларни парвариш қилиш**

#### **Асосий адабиётлар**

1. Зокирходжаев Ш.Я. Солихов М.У. Шифокор ва бемор – Тошкент, 2016 й.
2. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела". М., 2003. -351с.
3. Иномов К. Хамширалик иши асослари – Тошкент, 2009

#### **Қўшимча адабиётлар**

1. Морозова Г.И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи. Практикум для медицинских училищ и колледжей.- Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 235с.
2. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. - М.: Медицина. 1991 г.
3. Маматқулов Б. Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш – Тошкент, 2013
4. Зокирова К.О. Тўхтаматова Д.У. Хамширалик иши асослари – Тошкент, 2010 й
5. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
6. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
7. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

### **Интернет сайтлари**

1. [www.Consilium-medicum.com](http://www.Consilium-medicum.com).
2. medline;
3. e-library;
4. каталог «Корбис»;
5. [www.Medpsy.ru](http://www.Medpsy.ru);

### **3. Хирургик беморларни парвариш қилиш**

#### **Асосий адабиётлар**

1. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О. Хирургия нима? - Методик кулланма. Т, 2012
2. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О. Антисептика. - Методик кулланма. Т.-2012.
3. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О. Беморларни текшириш усуллари - Методик қўлланма. Т.-2012.
4. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.
5. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н. Основы общего ухода за хирургическими больными - Электронный учебник для студентов медицинских ВУЗов.Т., 2015
6. Охунов А.О. Сценарии и сборник заданий для практических занятий по общей хирургии с использованием современных педагогических технологий. Учебно-педагогическое пособие для преподавателей по дисциплине «Общая хирургия». Т.-2012
7. Охунов А.О. Умумий хирургия.- Электрон дарслик – 2014 йил.

### **Қўшимча адабиётлар**

1. Кузнецова В.М. Сестринское дело в хирургии. Ростов-на-Дону, 2000.
2. Чернов В.Н. Уход за хирургическими больными. М., 2004.
3. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
4. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
5. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery.26th edition.2012-451 p.
6. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.
7. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition.2013-185 p.
8. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
9. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
10. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

### **Интернет сайтлари**

1. <http://www.labirint.ru/books/570674/>
2. <http://www.labirint.ru/books/570674/>
3. <http://www.labirint.ru/books/569902/>
4. <http://www.labirint.ru/books/569744/>
5. <http://www.labirint.ru/books/561702/>
6. <http://www.labirint.ru/books/558529/>
7. <http://www.labirint.ru/books/553394/>
8. <http://www.labirint.ru/books/534343/>
9. <http://www.labirint.ru/books/532940/>
10. <http://www.labirint.ru/books/507508/>

## **4. Хирургик бемор-болаларни парвариш қилиш**

### **Асосий адабиётлар**

1. Зокирходжаев Ш.Е. Шифокор ва бемор фанидан ўқув дастури, Тошкент 2009.
2. Золикина Л.С. Беморларни умумий парвариши, 1995.
3. Турсунов Б.С. Хирургик беморлар парвариши, Ибн Сино номидаги матбуот бирлашмаси, 1995.

### **Қўшимча адабиётлар**

1. Фаулер М. Этика и сестринское дело, М.1994.
2. Д.Мерта. Справочник ВОП. М.1998.
3. Островская И.М. Вербальный способ общения. Ж.Медсестра, 2001, 7.
4. Островская И.В. Медсестра и пациент: общения для обмена полезной информации. Ж.Медсестра, 2000.
5. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
6. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.



7. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
АБУ АЛИ ИБН СИНОНОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ, БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ КАФЕДРАСИ**

Ўқув бўлими  
томонидан рўйхатга  
олинди № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 й.

**“ТАСДИҚЛАЙМАН”**  
Ўқув ишлари проректори  
т.ф.н., доц. \_\_\_\_\_ С.Ш.Олимов  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 й.

**“КЛИНИК ТИББИЁТГА ВА ТИББИЁТ КАСБИГА КИРИШ”**

Хирургик бемор-болаларни парваришlash  
**ФАНИ БЎЙИЧА ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУР**  
(ўзбек, рус ва инглиз тилларида)

**Таълим йўналиши**

Билим соҳаси:	500000	-	Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	-	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	-	Даволаш иши
	5510200	-	Педиатрия иши
	5111000	-	Касб таълими (5510100- Даволаш иши)

Курс	1
Соат ҳажми	59
<i>Шу жумладан:</i>	
Маъруза	4
Амалий машғулот	14
Клиник машғулот	18
Мустақил иш	23

**Бухоро - 2017**

Фаннинг ишчи ўқув дастури ўқув, ишчи ўқув режа ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

3. **Раупов Ф.С.** - “Болалар касалликлари, неонатология, болалар хирургияси” кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди  
4. **Ахмедов А.Т.** - “Болалар касалликлари, неонатология, болалар хирургияси” кафедраси ўқитувчиси

**Такризчилар:**

**Ўроқов Ш.Т.**-Хирургик касалликлар ва анестезиология-реанимация кафедраси муdiri, т.ф.д.

**Мирходжаев И.А.**– Госпитал ва Факультет хирургия, урология кафедраси доценти, т.ф.н.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида, 5510100-Даволаш иши 5510200-Педиатрия иши, 5111000 Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йўналишлари бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 й.

Кафедра муdiri: т.ф.н., А.С.Шамсутдинов \_\_\_\_\_

(имзо)

**ФУК раҳбари: Ихтиёрова Г.А.** - Акушерлик ва гинекология кафедраси муdiri, т.ф.н., доцент

\_\_\_\_\_  
(имзо)

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида, 5510200-Педиатрия иши, 5111000 Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йўналишлари бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 й.

Услубчи:

Жумаева Ш.Б. \_\_\_\_\_

(имзо)

## КИРИШ

Даволаш иши, педиатрия иши ва касбий таълими (даволаш иши) йўналишининг 1 курс талабалари учун “Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш” (Хирургик бемор-болаларни парваришлаш) фанининг ишчи дастури Давлат стандартлари ва бакалавр Даволаш иши, педиатрия иши ва касбий таълими (даволаш иши) иши таълими йўналишининг квалификацион характеристикаси ҳамда Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2017 йил “ ” \_\_\_\_ даги “ \_\_\_ ”-сонли буйруғи билан тасдиқланган фан дастури асосида ишлаб чиқилган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг илк босқичи ҳисобланади. Талабалар томонидан бемор муаммоларини аниқ тасаввур қила олиш бемор парваришига ёрдам беради.

Клиник тиббиётга ва тиббиёт фанига кириш фани ўқув режасининг клиник фанлар блокига таалукли бўлиб, 1 курснинг 1-2 семестрларида ўқитилади ва синов (зачет) билан яқунланади. Фанни ўқитиш учун биология, одам анатомияси, кимё фанлари назарий замин бўлиб хизмат қилади. Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани кейинчалик ички касалликлар пропедевтикаси, болалар касалликлари пропедевтикаси, умумий хирургия ва болалар хирургияси фанлари учун назарий замин бўлиб хизмат кўрсатади.

## ФАНИНИНГ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАСИ

Фанни ўқитишдан мақсад - катталар ва болалар саломатлигини яхшилаш учун зарур бўлган сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш компетенцияларини шакллантириш.

### **Фанни вазифаси:**

- катталар, болалар ва ўспиринларни стационар даволаш тизимида парвариш қилишни, ҳамширалик жараёни босқичларини ўргатиш;
- даволаш муассасаларидаги режимни ўргатиш;
- деонтология ва этика тамойилларини сингдириш;
- стационарда даволаниш давомида катталар ва болаларга санитар ишлов бериш қоидаларини ўргатиш;
- анропомерия, термометрия усулларини ўргатиш;
- энг кўп тарқалган касалликлар билан даволанаётган беморларни дифференциал тарзда парвариш қилишни ўргатиш;
- касаллик тури ва оғирлик даражаси, беморнинг ёшига қараб овқатлантиришни ўргатиш;
- дори воситаларини қабул қилиш усуллари ва йўллари ўргатиш;
- тиббий муолажаларни бажариш техникасини ўргатиш;
- беморларни тезкор ва режали операцияларга тайёрлашни ўргатиш;
- жонлантириш бўлимида даволанаётган ва жонлантириш бўлиmidан чиққан беморларни парвариш қилишни ўргатиш;
- хаёт учун хавфли ҳолатларда (юракнинг тўхташи, нафас олишнинг бузилиши, қон кетиши, захарланиш, куйиш, совуқ қотиш, аспирация) беморларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш;
- лаборатор текширув учун биологик материалларни тўплашни ўргатиш;
- парваришнинг замонавий усуллари тўғрисидаги илмий адабиётлардан фойдаланишни ўргатиш;

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

### **Талаба:**

- беморларни парвариш қилишнинг деонтологик тамойиллари;
- даволаш ва профилактика муассасаларининг турлари;
- беморни парвариш қилиш усуллари ва унинг аҳамияти;
- ҳамшира иш жойига бўлган талаблар; ҳамшира иш жойидаги хужжатлар ва уларни юритиш тартиби;
- дори воситаларини сақлаш ва тарқатиш;
- дезинфекция, стерилизация, асептика ва антисептика қоидалари;
- касалхона ходимларининг шахсий гигиена қоидалари тўғрисида **тасаввурга эга бўлиши**;
- физиологик ва даво столлари, беморни овқатлантириш ва идишларга қайта ишлов беришни;
- харакат режимини; «реанимация», «клиник ўлим», «биологик ўлим» тушунчаларини, реанимацион чора-тадбирларни ўтказишга кўрсатмаларни;
- беморларни санитар ишлов бериш турларини; безгак турларини;
- беморларни рентгенологик, ультратовуш ва бошқа текширувларга тайёрлашни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;
- хоналарни тозалаш, хонани шамоллатиш, жорий ва якуний дезинфекция ўтказиш;
- дори воситаларини бериш усуллари;
- тиббий муолажаларни ўтказиш (термометрия, антропометрия, нафас олиш сони, юрак уриш сонини аниқлаш, артериал қон босимини ўлчаш);
- даво муолажаларини ўтказиш (ингаляциялар, горчич қўйиш ва бошқ);
- тананинг турли қисмларини иммобилизация қилиш усуллари;
- оғир беморларни парвариш қилиш **амалий кўникмаларига (шу жумладан клиник амалий кўникмаларига) эга бўлиши керак.**

### **Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги**

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш фани бўлажак мутахассисни тайёрлашнинг илк босқичи ҳисобланади. Талабалар томонидан хирургик бемор-болаларни парваришлаш бемор муаммоларини аниқ тасаввур қила олиш бемор парваришига ёрдам беради. Ушбу фан тиббий клиник фан ҳисобланиб, даволаш иши, педиатрия иши ва касб таълими йўналишида таҳсил олаётган I курс талабаларига мўлжалланган ва қуйидаги фанлар билан ўзаро боғлиқ: одам анатомияси, нормал физиология, ҳамширалик иши, оилавий тиббиётида ҳамширалик иши, клиник фармакология, беморларни парваришлаш асослари фанларидан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишни талаб этади.

### **Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни**

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш (хирургик бемор-болаларни парваришлаш) фани олий маълумотли тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга. У бошқа заминий фанлар билан биргаликда болаларда кўп учрайдиган хирургик касалликларда беморларга парваришни илмий асосланган ҳолда бажариш тўғрисида яхлит маълумот бериш, шу билан бирга талабада клиник фикр юритишни ривожланишини таъминлайди.

### **Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар**

Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш (хирургик бемор-болаларни парваришлаш) фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усуллари билан фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш (хирургик бемор-болаларни парваришlash)” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий концептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

**Шахсга йўналтирилган таълим.** Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутди. Бу эса таълимни лойиҳалаштирилади, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндошлишни назарда тутди.

**Тизимли ёндошув.** Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантиқийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланглиги, яхлитлиги.

**Фаолиятга йўналтирилган ёндошув.** Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсивлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

**Диалогик ёндошув.** Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

**Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш.** Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

**Муаммоли таълим.** Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усулларини ижодий тарзда қўлланилиши диалогик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради, натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

**Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усулларини қўллаш** – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

**Ўқитишнинг усуллари ва техникаси.** Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

**Ўқитишни ташкил этиш шакллари:** диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

**Ўқитиш воситалари** ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компьютер ва ахборот технологиялари.

**Коммуникация усуллари:** тингловчилар билан оператив тесқари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

**Тесқари алоқа усуллари ва воситалари:** кузатиш, блиц-сўров, оралиқ, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

**Бошқариш усуллари ва воситалари:** ўқув машғулоти бошқичларини белгилаб берувчи технологик харита кўринишидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, қўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

**Мониторинг ва баҳолаш:** ўқув машғулотида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш” (хирургик бемор-болаларни парваришlash) фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билиминини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Клиник тиббиётга ва тиббиёт касбига кириш (хирургик бемор-болаларни парваришlash) фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар,

маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

### **Мен шунга лойиқман**

Маъруза машғулотида талабаларда дарсдан ташқари пайтда эгаллаган амалий билимларини бевосита синаб кўриш имкониятлари пайдо бўлади. Улар берилган вазифани бажариш давомида ортирган билимларини тезкор баҳолаш мақсадида баҳолашнинг амалда синаб кўрилган қуйидаги услубини, “Мен шунга лойиқман.” технологиясини таклиф этамиз.

Бунда:

- талабалар олдиндан тайёрланиб, тарқатилган саволларга тайёрлиги асосида гуруҳларга ажраладилар. Ким ўзини қайси баҳога лойиқ деб топса, шу гуруҳга қўшилади. “Аъло”, “Яхши”, “Қониқарли”. Агар талаба бугунги дарсда баҳолаш мезонига кўра 3 баллик жорий баҳога эга бўлиши керак бўлса, аъло-2.6-3 балл, яхши-2.2-2.5 балл, қониқарли-1.7-2.1 балл сифатида баҳоланади;
- ҳар бир гуруҳ учун аввалдан тайёрланган саволлар тизими мавжуд бўлиб, дастлаб “Аъло” баҳолар гуруҳи билан шуғулланилади;
- шу гуруҳга мос саволга жавоб топган талаба ўйиндан, албатта, “аъло” баҳоси билан чиқади;
- гуруҳдаги барча саволлар бериб бўлингач, биронта ҳам саволга жавоб беролмаган, лекин аъло баҳога даъвогар талаба қуйироқ гуруҳга қўшилишга мажбур бўлади;
- жараён шу таҳлит давом этиб, барча гуруҳларнинг саволларига жавоб тополмаган талаба вазифани топширолмаган ҳисобланади.

### **Усулни қўллашдан кутиладиган самаралар:**

- талабада ўзининг имкониятларини “чамалаш”, яъни ўз-ўзини баҳолаш имконияти пайдо бўлади;
- “шу баҳога” лойиқ бўлиш учун талаба астойдил ҳаракат қилади, бирмунча қийинроқ саволларга ҳам жавоб бериши керак бўлади, бу уни кўпроқ маълумот йиғишга ва фикрларини асослашга мажбур қилади;
- талаба иложи борича “юқорироқ” гуруҳ таркибига киришга интилади, бу уни муттасил ўз устида ишлашга олиб келади;
- ҳар бир талаба “ўзи” учун ҳаракат қилиши лозим, бу унда масъулияти ҳиссини пайдо қилади;
- баҳолаш учун унчалик кўп вақт сарфланмайди.

Умуман олганда, усулни қўллаш натижасида ҳар бир талабада “ўсиш” имконияти мавжуд бўлиб, бу баҳолашнинг объектив амалга ошишини таъминлайди, яъни ўқитувчида “бу 3 баҳо олувчи талаба” деган фикрни алмашишига олиб келади.

### **“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”**

**Мақсад:** Талабаларни вазиятли масала мазмунига кўра ижодий фикрлаши ва клиник мушоҳадасини ўрганиш ва баҳолаш.

Бунда талабаларга мазкур мавзуга тегишли вазиятли масалалар ва ҳарорат эгри чизиғи варақалари тарқатилади. Талаба масала мазмунини чуқур ўрганиб, клиник белгилар ва лабораториявий маълумотларни кунига мос ҳолда варақада акс эттиради, ташхис қўяди ва даволаш тадбирларини белгилайди.

### **Мушоҳадали фикр**

Мавзу мазмунини мустаҳкамлаш мақсадида тингловчилар ўзлаштириш даражасини билиш учун ушбу педагогик технология қўлланилади. Тингловчилар фикрлари таҳлил қилинилади. Мушоҳадали фикр билдирган тингловчи рағбатлантирилади.

### **“Уч босқичли интервью” услуби**

**Мақсад:** Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндашишни ўргатиш.

**Асосий тамойиллари:** Гуруҳ 2-3 та кичик гуруҳчаларга бўлинади ва талабаларга рол бўлиб берилади: шифокор, бемор, эксперт. Бемор ролини ижро этаётган талабага ташхис яширин етказилади. Бемор касаллик шикоятлари, касалликнинг ривожланиши, эпидемиологик анамнез, врач эса бемор билганлар ва унда касаллик туфайли юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни мукамал билиши шарт. Ҳар бир врач бемор билан маслаҳатни 10-15 дақиқа мобайнида олиб боради. Эксперт иштирокчилар (бемор ва врач) фаолиятини куйидаги 3 бўлим бўйича баҳолайди:

1. Нима тўғри қилинди?
2. Нима нотўғри қилинди?
3. Қандай бажарилиши керак эди?

**“Стол ўртасидаги ручка” усулини ўтказиш сценарийси**

Талабалар учун битта топшириқ берилади. Шу топшириқ асосида талаба 1 та жавоб намунасини ёзиб, ўзини ручкасини стол атрофида айлантирган ҳолда кейинги талабага узатади.

**“Қопдаги мушук ўйини” услуби**

**Мақсад:** Талабалар ушбу мавзу юзасидан чуқур билимга эга бўлишни таъминлаш.

**Тамойиллари:** Ўқитувчи талабалар учун мавзу бўйича саволлар тайёрлайди. Дарс вақтида талаба рўйхат бўйича қопдан саволларнинг бирини олади. Бу махсус карточка қилиб тайёрланган бўлади.

Талабалар карточкаларни тортиб олади. Саволларга жавобни ёзма бажаради. Вазифани текширгач консультантлар баллар миқдорини эълон қилади ва зўрларининг балларини айтади.

**ЎҚУВ СОАТЛАРИ МИҚДОРИ**

Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулоти	Клиник машғулоти	
59	36	4	14	18	23

**МАЪРУЗА МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУСИ**

№	Номи	соат
1	Хирургик касалликлар хақида тушунча.	2 с
2	Хирургик беморларни операция олди ва операциядан кейинги даврларида парваришlash асослари.	2 с
	<b>Жами:</b>	<b>4 соат</b>

**Мавзу 1.**

**1. Хирургик касалликлар хақида тушунча.**

Хирургик касалларни қабул қилиш маслаҳат беришнинг асосий қонуниятлари ва турлари. Шифокор ва бемор мулоқотининг ахамияти, ятрогения ва эфтаназия муаммолари ва уларни ҳал қилишнинг ахамияти.

Адабиётлар: А-1,2,3. Қ. 1,2,3,4,5,6,7.

**Мавзу 2.**

**2. Хирургик беморларни операция олди даврида ва операциядан кейинги даврларида парваришlash асослари.**

Шифокорнинг бемор билан мулоқотининг ахамияти, антисептика ва асептика қонуниятларини ўрганиш, шахсий гигиена ва шифохона ички инфекцияси ҳақидаги маълумотлар. Терминал беморлар ва уларни парваришлаш асослари.  
Адабиётлар: А-1,2,3. Қ. 1,2,3,4,5,6,7.

### АМАЛИЙ ВА КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАРНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАЛАРИ

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	ҳам маси
1.	Хирургик беморларнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни қабул қилишда шифокорнинг тутган ўрни. Қабул бўлимида беморларни тозалаш.	1	1	2
2	Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг ахамияти. Оғир беморларни ўрин кўрпа ва окликларини алмаштириш.	1	1	2
3	Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг ахамияти. Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш.	1	1	2
4	Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари . Беморлар тумбочкалари санитария ҳолати ва тозалаш.	1	1	2
5	Маслаҳат беришнинг асосий принциплари, операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслаҳат бериш. Ўзаро тушуниш ва ишонч, шифокорнинг ўзини тутиши. Оғир беморларни ювинтириш.	1	1	2
6	Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши. Оғир беморлар – тери, шиллик қаватлари, сочлари ва тирноқлари парвариши.	1	1	2
7	Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти. Беморларга судна, сийдикдон тутиш ва уларни тозалаш	1	1	2
8	Хирургик беморларни кузатиш ва даволашдаги муолажалари. Ичак ва сийдик оқмалари бўлган беморлар парвариши.	1	1	2
9	Наркоз тушунчаси, турлари, асоратлари бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқот қилишининг ахамияти. Оғир беморларни оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиқлари парвариши	1	1	2



10	Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг ахамияти. Оғир беморларни кўз ва қулоқлари парвариши	1	1	2
11	Беморнинг рухий ҳолати - тушкунлик, шок, қурқув, ғам - андух, хаяжон ҳолатларида шифокорнинг тутган ўрни. Қусаётган беморга ёрдам кўрсатиш	1	1	2
12	Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг ахамияти. Беморлар тана ҳароратини, пулсини ва артериал босимни ўлчаш.	1/2	1,5	2
13	Овқатлантиришни ташкиллаштириш операциядан кейинги даври бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқоти. Хантал, компресс ва иситгичлар қўйиш.	1/2	1,5	2
14	Терминал ҳолатдаги оғир беморларни олиб боришда–беморни ахволи ҳақида хабар. Маҳаллий муз халта қўйиш.	1/2	1,5	2
15	Оғир хирургик беморларда кийим–кечак ва оқликларни алмаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари, ётоқ, яраларни олдини олишда шифокорнинг тутган ўрни. Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.	1/2	1,5	2
16	Хирургик беморларда–амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД) масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари. Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.	1	1	2
<b>жами:</b>		<b>14 с</b>	<b>18 с</b>	<b>32 с</b>

### АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУЛАРИ МАЗМУНИ

№ машғулот	Амалий машғулотлар номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1.	<b>Хирургик беморларнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни қабул қилишда шифокорнинг тутган ўрни.</b> Бемор болаларнинг ёшига нисбатан онто-физиологик, психоэмоционал ўзига хослиги, шифокорнинг психологик мулоқоти ўзига хослиги. <i>“Стол ўртасида ручка”.</i>	А.1,2,3. Қ.1-7.
2	<b>Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг ахамияти.</b> Биоэтика ва деонтология ҳақида тушунча. Бемор билан мулоқотда ушбу тушунчаларнинг амалда қўлланилиши, ижобий ва салбий томонлари. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.</i>	А.1,2,3. Қ.1-7.
3	<b>Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг ахамияти.</b> Антисептика ва асептика ҳақида умумий тушунча, шахсий гигиена ва санитар ишловнинг бемор соғлигидаги ахамияти. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, ҳамшира, эксперт)”.</i>	А.1,2,3. Қ.1-7.

4	<b>Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари.</b> Ятрогения ва эвтонозия ҳақида тушунча, ятроген ножўя омиллар келиб чиқиши, ятроген омиллар тўғрисида классик тиббиёт намоёндалар фикри. Эвтонозиянинг ижтимоий-руҳий аспекти. <i>“Мия штурми”</i> .	A.1,2,3. Қ.1-7.
5	<b>Маслахат беришнинг асосий принциплари.</b> Операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслахат бериш. Ўзаро тушуниш ва ишонч, шифокорнинг ўзини тутиши. <i>“Думалоқ стол”</i> .	A.1,2,3. Қ.1-7.
6	<b>Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши.</b> Шифохона ички инфекцияси ҳақида тушунча, шахсий гигиенанинг бемор соғлиғини сақлашидаги ўрни. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
7	<b>Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти.</b> Бемор билан мулоқотда операция моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар. <i>“уч босқичли интервью (бемор, ҳамшира, эксперт)”</i> .	A.1,2,3. Қ.1-7.
8	<b>Хирургик беморларни кузатиш ва даволашдаги муолажалари.</b> Беморларни шифохонада ётқизиш, текшириш муолажаларини моҳиятини туғри тушунтира олиш, лозим бўлган амалиётга психологик тайёрлаш. <i>“Мушоҳадали фикр”</i> .	A.1,2,3. Қ.1-7.
9	<b>Наркоз тушунчаси.</b> Унинг турлари, асоратлари бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқот қилишининг аҳамияти. <i>“стол ўртасида ручка”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
10	<b>Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг аҳамияти.</b> Бемор организмни физиологик оператив муолажага тайёрлаш моҳияти. Бемор болани операцияга руҳий тайёргаликнинг аҳамияти. <i>“Мия штурми”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
11	<b>Беморнинг руҳий ҳолати</b> - тушқунлик, шок, қурқув, ғам - андух, хаяжон ҳолатларида шифокорнинг тутган ўрни. <i>“Академик полемика”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
12	<b>Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг аҳамияти.</b> Бевосита бемор ва беморнинг ота-онасига операциядан кейинги парвариш ҳақида тушунча бериш ва бажаришнинг бемор соғлиғидаги ижобий ўзгаришлардаги ўрни. <i>“Думалоқ стол”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
13	<b>Овқатлантиришни ташкиллаштириш.</b> Операциядан кейинги давр бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқоти. Бемор ва беморнинг ота-онасига операциядан кейинги овқатлантиришни ташкиллаштириш ҳақида тушунча бериш ва бажаришнинг бемор соғлиғидаги ижобий ўзгаришлардаги ўрни. <i>“Мушоҳадали фикр”</i> .	A.1,2,3. Қ.1-7.
14	<b>Терминал ҳолатдаги оғир беморларни олиб боришда–беморни аҳоли ҳақида хабар.</b> Терминал ҳолатда ётган беморлар ҳақида умумий тушунчага эга бўлиш ва яқин қариндошлари билан мулоқот. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
15	<b>Оғир хирургик беморларда кийим–кечак ва оқликларни алмаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари.</b> Ётоқ, яраларни олдини олишда шифокорнинг тутган ўрни. Ушбу муолажаларни бажаришда яқин қариндошлари билан мулоқот. <i>“Ротация”</i>	A.1,2,3. Қ.1-7.
16	Хирургик беморларда–амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД)	A.1,2,3.

масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари. Бемор билан мулоқотда ОИТС (СПИД) моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар.	Қ.1-7.
<b>жами:</b>	

### **Ўқув клиник амалиёти**

Мавзувий режа бўйича Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг бўлимларида ўтказилади.

### **КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУЛАРИ МАЗМУНИ**

<b>№</b>	<b>Клиник машғулотлар номлари ва уларнинг қисқача мазмуни</b>
1.	Қабул бўлимида беморларни тозалаш.
2	Оғир беморларни ўрин кўрпа ва окликларини алмаштириш.
3	Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш.
4	Беморлар тумбочкалари санитария ҳолати ва тозалаш.
5	Оғир беморларни ювинтириш.
6	Оғир беморлар – тери, шиллик қаватлари, сочлари ва тирноқлари парвариши.
7	Беморларга судна, сийдикдон тутиш ва уларни тозалаш
8	Ичак ва сийдик оқмалари бўлган беморлар парвариши.
9	Оғир беморларни оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиқлари парвариши
10	Оғир беморларни кўз ва қулоқлари парвариши
11	Қусаётган беморга ёрдам кўрсатиш
12	Беморлар тана ҳароратини, пулсини ва артериал босимни ўлчаш.
13	Хантал, компресс ва иситгичлар қўйиш.
14	Маҳаллий муз халта қўйиш.
15	Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.
16	Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.
<b>жами:</b>	

### **Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар**

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

#### **Мустақил ишини ташкил этишнинг шакли ва мазмуни:**

- Аудитория машғулотларидан ташқари тренажер, муляж ва симуляцион залларида/марказларида тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш
- Тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- аҳоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;

- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- **Шунингдек талабанинг мустақил иши бўлиб:**
- График органайзерлаш ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Кроссвордлар тузиш ва ечиш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг қўллаш ва ҳ.к.

### ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ ИШЛАРИНИНГ ТЕМАТИК РЕЖАСИ

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1	Болаларда ётоқ яраларни олдини олиш	3
2	Зонд орқали овқатлантириш	3
3	Хирургик беморларни текшириш усуллари	3
4	Хирургик беморларни операциядан сўнгги даврда парвариш қилиш қоидалари	3
5	Хирургик стомани парвариш қилиш	3
6	Болалар хирургияси бўлимида инфекциянинг олдини олиш	4
7	Операция қилинган болани овқатлантириш	4
	<b>жами:</b>	<b>23 с</b>

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

#### Асосий адабиётлар

1. Зокирходжаев Ш.Е. Шифокор ва бемор фанидан ўқув дастури, Тошкент 2009.
2. Золикина Л.С. Беморларни умумий парвариши, 1995.
3. Турсунов Б.С. Хирургик беморлар парвариши, Ибн Сино номидаги матбуот бирлашмаси, 1995.

#### Қўшимча адабиётлар

8. Фаулер М. Этика и сестринское дело, М.1994.
9. Д.Мерта. Справочник ВОП. М.1998.
10. Островская И.М. Вербальный способ общения. Ж.Медсестра, 2001, 7.
11. Островская И.В. Медсестра и пациент: общения для обмена полезной информации. Ж.Медсестра, 2000.
12. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қоидаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
13. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
14. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

#### Интернет сайтлари

5. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
6. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
7. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
8. [www.info@tma.uz](mailto:www.info@tma.uz)

## АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

### Алгоритм выполнения желудочного зондирования.

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящей процедуре и предупреждают, чтобы ужин был не позднее 18.00.
2. Утром пациента приглашают в процедурный кабинет, усаживают на стул со спинкой, слегка наклонив ему голову вперед.
3. На шею и грудь пациента кладут полотенце. В руки дают лоток для слюны.
4. Моют руки с мылом, дважды их намыливая.
5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой его закругленный конец.
6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот.
7. Кладут конец зонда на корень языка и просят пациента глотнуть.
8. При каждом глотании зонд вводят в желудок все глубже до нужной отметки.
9. Присоединяют к свободному концу зонда шприц и извлекают содержимое желудка.

### Техника постановки газоотводной трубки.

1. Под пациента подстилают клеенку и пеленку.
2. Укладывают пациента на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами.
3. Смазывают закругленный конец газоотводной трубки вазелином.
4. Надевают резиновые перчатки.
5. Раздвигают левой рукой ягодицы.
6. Правой рукой берут марлевой салфеткой трубку.
7. Вводят трубку вращательными движениями, соблюдая все изгибы прямой кишки, на глубину 20 - 25 см.
8. Наружный конец резиновой трубки - удлинителя опускают в судно с водой.
9. Извлекают газоотводную трубку.
10. Подмывают пациента.
11. Анальное отверстие смазывают подсушивающей мазью
12. Газоотводную трубку замачивают в 3% растворе хлорамина.

### Сифонная клизма, техника выполнения.

1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.
2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.
3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.
4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином
5. Вводят трубку в прямую кишку на глубину 30 - 40 см, соблюдая изгибы кишечника.
6. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).
7. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом.
8. Содержимое воронки выливают в таз.
9. Снова наполняют воронку водой и повторяют промывание.
10. Воронку снимают.
11. Трубку оставляют на 10 - 20 мин в прямой кишке.
12. Опускают наружный конец трубки в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.
13. Систему и воронку замачивают в 3 % растворе хлорамина.

### Постановка масляной клизмы, алгоритм.

1. Набирают масло в шприц Жане.

2. Предлагают пациенту лечь на правый бок
3. Предлагают пациенту согнуть ноги в коленях.
4. Предлагают пациенту подтянуть ноги к животу.
5. Надевают резиновые перчатки.
6. Ректальную трубку смазывают маслом.
7. Ректальную трубку вводят в прямую кишку.
8. Выпускают из шприца воздух.
9. Соединяют шприц с ректальной трубкой.
10. Медленно толчками вводят масло в прямую кишку.
11. Заканчивают введение масла.
12. Отсоединяют шприц от трубки.
13. Трубку пережимают.
14. Трубку извлекают из прямой кишки.
15. Рекомендуют пациенту не двигаться 10 - 15 мин.
16. Предлагают пациенту принять удобное положение.
17. Предлагают пациенту лежать до утра.
18. Ректальную трубку и шприц Жане замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч.

**Постановка лекарственной клизмы (микроклизмы):**

1. Пациента предупреждают о предстоящей процедуре.
2. Ставят очистительную клизму.
3. Лекарственное средство отливают в чистую баночку.
4. Подогревают лекарственное средство на водяной бане до температуры +37...+38°C.
5. Набирают лекарство в шприц Жане.
6. Подстилают под пациента клеенку.
7. Подстилают под пациента пеленку.
8. Просят больного лечь на левый бок.
9. Просят больного подтянуть ноги и согнуть их в коленях к животу.
10. В прямую кишку вводят ректальную трубку.
11. Соединяют ректальную трубку со шприцем Жане.
12. Медленно толчками вводят лекарство в прямую кишку.
13. Зажимают пальцами трубку.
14. Снимают шприц.
15. Набирают в шприц немного воздуха.
16. Соединяют шприц с трубкой и, выпуская из него воздух, проталкивают остатки лекарства.
17. Снимают шприц, зажимают трубку, извлекают трубку из прямой кишки.
18. Рекомендуют пациенту принять удобное положение, не вставать.

**Постановка гипертонической клизмы, алгоритм**

1. Отливают назначенное количество гипертонического раствора в баночку.
2. Подогревают гипертонический раствор на водяной бане до +38 °С.
3. Набирают гипертонический раствор в шприц Жане.
4. Под пациента подстилают клеенку, на нее - пеленку.
5. Предлагают пациенту лечь на левый бок.
6. Предлагают пациенту согнуть ноги в коленях.
7. Предлагают пациенту подтянуть ноги к животу.
8. Надевают резиновые перчатки.
- 9.левой рукой разводят ягодицы.
10. Осматривают анальное отверстие.
11. Вводят в прямую кишку на 10-15 см ректальную трубку.
12. Присоединяют к трубке шприц Жане.

13. Медленно вводят гипертонический раствор в прямую кишку.
14. Заканчивают введение гипертонического раствора.
15. Пережимают (перегибают) трубку.
16. Извлекают трубку салфеткой из прямой кишки.
17. Рекомендуют пациенту задержать раствор в кишечнике на 20 - 30 мин.
18. Трубку и шприц Жане замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч.

**Постановка очистительной клизмы, техника выполнения.**

1. В кружку Эсмарха наливают 1,5 - 2,0 л воды комнатной температуры.
2. Выпускают воздух из системы и накладывают зажим на систему.
3. Кружку вешают на штатив на высоте 1,0-1,5 м над кушеткой.
4. Надевают наконечник на свободный конец резиновой трубки.
5. Смазывают наконечник вазелином.
6. На кушетку стелят клеенку.
7. Пациенту предлагают лечь на левый бок.
8. Пациента просят согнуть ноги в коленях и тазобедренных суставах.
9. Надевают перчатки.
10. Раздвигают левой рукой ягодицы.
11. Осматривают анальное отверстие.
12. Осторожно вводят наконечник в прямую кишку.
13. Снимают зажим на резиновой трубке.
14. Медленно вливают в просвет прямой кишки 1-2 л воды.
15. Оставляют на дне кружки небольшое количество воды.
16. На трубку накладывают зажим.
17. Извлекают наконечник в обратной последовательности.
18. Пациенту предлагают лечь на спину и глубоко дышать.

**Катетеризация мочевого пузыря у женщин, алгоритм выполнения.**

1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина.
2. Готовят стерильный лоток.
3. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.
4. Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином.
5. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток.
6. В шприц Жане набирают 100 - 150 мл подогретого на водяной бане до 37 - 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.
7. Подмывают пациентку, убирают судно.
8. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно.
9. Надевают перчатки.
10. Встают справа от пациентки.
11. Кладут пациентку на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку.
12. Пальцами левой руки разводят половые губы.
13. Ватным шариком, взятым правой рукой пинцетом и смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры.
14. Пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4 - 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами.
15. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4 - 5 см.
16. Свободный конец катетера опускают в емкость для мочи.
17. Катетер соединяют со шприцем Жане и вводят раствор в мочевой пузырь.
18. Направив катетер в судно, выводят раствор из мочевого пузыря.
19. Вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

20. Обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

#### **Катетеризация мочевого пузыря у мужчин, алгоритм выполнения.**

1. Моют руки.
2. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина.
3. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38 °С.
4. Подмывают пациента.
5. Между ногами пациента ставят емкость для мочи.
6. Надевают стерильные перчатки.
7. Встают справа от пациента.
8. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.
9. Берут половой член между III и IV пальцами левой руки.
10. Слегка сдавливают головку полового члена, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.
11. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином.
12. Обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.
13. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.
14. В правую руку берут стерильный пинцет.
15. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 - 6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.
16. Вводят катетер пинцетом на 4 - 5 см, удерживая его I и II пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.
17. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см.
- 18.левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.
19. Как только появляется моча, свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.
20. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100 - 150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.
21. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.
22. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.
23. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

#### **Алгоритм измерения температуры тела.**

1. Определяют показания ртутного столба максимального медицинского термометра и стряхивают ртутный столб до отметки ниже +35 °С.
2. Через белье пациента пальпируют область подмышечной впадины.
3. Спрашивают больного, нет ли болезненности при пальпации.
4. Ставят термометр узким концом в подмышечную впадину.
5. Располагают руку пациента к туловищу так, чтобы резервуар с ртутью со всех сторон соприкасался с телом.
6. Оставляют термометр на 10 мин, попросив пациента лежать или сидеть спокойно.
7. Через 10 мин извлекают термометр, снимают с него показания.
8. Фиксируют показания в общем температурном списке в виде цифровой записи и в



температурном листе истории болезни графически в виде ломаной линии, соединяющей последовательно отмеченные точки показаний утренней и вечерней температуры.

9. Термометр сразу же замачивают на 5 мин, полностью погрузив в 2 % раствор хлорамина в сосуде, дно которого выстлано марлей.

10. Термометр промывают проточной холодной водой.

11. Термометр сушат.

#### **Продольный способ смены постельного белья тяжелобольному:**

1. Чистую простыню скатывают валиком по длине на 2/3.

2. Убирают одеяло.

3. Осторожно приподнимают голову пациента.

4. Убирают подушки.

5. Поворачивают пациента на бок от себя.

6. На освободившейся половине постели скатывают грязную простыню валиком к середине кровати (под пациента).

7. На освободившуюся часть кровати раскатывают подготовленную чистую простыню валиком к пациенту.

8. Поворачивают пациента на другой бок лицом к себе.

9. Убирают грязную простыню с освободившейся части кровати

10. Расправляют чистую простыню, натягивают и заправляют со всех сторон под матрас.

11. Укладывают пациента на спину, подкладывают подушки в чистых наволочках.

12. Сменяют пододеяльник, укрывают пациента одеялом.

#### **Поперечный способ смены постельного белья тяжелобольному:**

1. Простыню скатывают валиком по ширине на 2/3.

2. Просят санитарку приподнять пациента, поддерживая его за спину и плечи.

3. Убирают подушки.

4. Скатывают валиком грязную простыню к спине пациента.

5. Чистую простыню раскатывают валиком к спине пациента.

6. Подкладывают подушки в чистых наволочках.

7. Опускают пациента на подушки.

8. Просят санитарку приподнять пациента в области таза.

9. Скатывают грязную простыню с освободившейся части кровати.

10. Раскатывают чистую простыню.

11. Кладут пациента.

12. Просят санитарку приподнять ноги пациента.

13. Убирают с кровати грязную простыню

14. Раскатывают до конца чистую простыню.

15. Чистую простыню со всех сторон подворачивают под матрац.

16. Меняют пододеяльник и укрывают пациента.

#### **Смена нательного белья (рубашки) тяжелобольному.**

1. Слегка приподнимают голову пациента.

2. Убирают подушки.

3. Осторожно приподнимают пациента.

4. Собирают рубашку вверх до подмышек, а по спине - до шеи.

5. Складывают руки пациента на груди.

6. Правой рукой поддерживают голову пациента за затылок.

7.левой рукой захватывают собранную на спине рубашку.

8. Аккуратно снимают рубашку, не касаясь грязной рубашкой лица пациента.

9. Опускают голову пациента на подушку.

10. Освобождают руки из рукавов: сначала здоровую, потом больную.

11. Собирают чистую рубашку по спинке.
12. Надевают рукав на больную руку.
13. Надевают рукав на здоровую руку.
14. Складывают руки на груди.
15. Поддерживают правой рукой голову пациента.левой рукой надевают рубашку через отверстие горловины на голову больного.
16. Расправляют рубашку донизу.

#### **Уход за ушами тяжелобольного.**

1. Моете руки с мылом.
2. Ватную турунду смачивают 3 % раствором перекиси водорода.
3. Голову пациента поворачивают набок.
- 4.левой рукой оттягивают ушную раковину вверх и назад.
- 5.правой рукой вращательным движением вводят турунду в наружный слуховой проход.
6. Вращая турунду, очищают от серных выделений ухо.
7. Обтирают ушную раковину влажной салфеткой.
8. Обтирают ушную раковину сухим полотенцем.

#### **Уход за носом тяжелобольного.**

1. Голове пациента придают возвышенное положение.
2. На грудь пациента стелят полотенце.
3. Смачивают турунды приготовленным маслом.
4. Просят пациента слегка запрокинуть голову.
5. Берут смоченную турунду.
6. Слегка отжимают турунду.
7. Вращательным движением вводят турунду в один из носовых ходов.
8. Оставляют турунду на 1 - 2 мин.
9. Вращательными движениями удаляют турунду.
10. Обтирают полотенцем кожу носа.
11. Помогают пациенту удобно лечь.

#### **Уход за волосами тяжелобольного.**

1. Просят санитарку приподнять туловище пациента, поддерживая его за плечи и голову.
2. Убирают подушки.
3. Скатывают головной конец матраса валиком к спине пациента.
4. Закрывают головной конец матраса клеенкой.
5. Ставят на сетку кровати таз с водой.
6. Смачивают волосы пациента.
7. Промывают волосы шампунем.
8. Тщательно полоскают волосы в тазу.
9. Ополаскивают волосы теплой водой из кувшина.
10. Насухо вытирают волосы полотенцем.
11. Убирают таз.
12. Расстилают матраc.
13. Кладут подушки.
14. Опускают голову пациента.
15. Расчесывают волосы расческой.
16. Повязывают голову платком или косынкой.
17. Помогают пациенту удобно лечь.

#### **Техника выполнения обработки полости рта тяжелобольному:**

1. Медицинская сестра моет руки с мылом.

2. Голову пациента приподнимают с помощью функциональной кровати или дополнительных подушек. Грудь закрывают полотенцем, в руки дают почкообразный тазик (или его держит санитарка у подбородка пациента).
3. Берут пинцетом ватный шарик так, чтобы острые концы пинцета были погружены в вату. Смачивают шарик раствором калия перманганата (или другими дезинфицирующими средствами).
4. Просят пациента открыть рот.
5. В левую руку берут шпатель, оттягивают пациенту щеку и протирают ватным шариком наружную поверхность коренных зубов, жевательную поверхность, внутреннюю, часто меняя шарики (один шарик на два-три зуба) во избежание переноса инфекции с одного зуба на другой.
6. В конце процедуры дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой или раствором калия перманганата. Если пациент не может сам прополоскать рот, то следует оросить ему полость рта из резинового баллончика или шприца Жане. Манипуляцию совершают в следующей последовательности:
  1. - голове пациента придают возвышенное положение, чтобы он не захлебнулся;
  2. - поворачивают голову набок;
  3. - подстилают под щеку полотенце, к углу рта подставляют почкообразный тазик;
  4. - набирают в баллончик или шприц один из указанных дезинфицирующих растворов;
  5. - просят пациента открыть рот;
  6. - орошают внутреннюю часть противоположной щеки струей из баллончика;
  7. - поворачивают голову пациента на другую сторону и, зайдя с другой стороны кровати, повторяют процедуру.

#### **Подача судна, мочеприемника тяжелобольному**

1. Вливают небольшое количество теплой воды в судно, ополаскивают его и оставляют немного воды в судне.
2. Отгораживают пациента ширмой.
3. Снимают с пациента одеяло.
4. Просят пациента согнуть ноги в коленях.
5. Берут клеенку за углы и, попросив пациента слегка приподнять таз, подстилают ее под ягодицы. Если больной не может приподняться или ему не разрешено самостоятельно двигаться, то просят санитарку помочь приподнять пациента в области таза.
6. В правую руку берут судно за рукоятку или узкую его сторону. Левую руку подводят под крестец пациента, приподнимают его и подставляют судно так, чтобы закругленный край был направлен к крестцу.
7. Оставляют пациента одного на несколько минут, укрыв одеялом.
8. Убрать судно нужно одновременно с клеенкой и, прикрыв его краем клеенки, отправить в санитарную комнату. Там судно освобождают от выделений, промывают проточной водой, дезинфицируют, погрузив в 1 % раствор хлорамина на 30 мин, еще раз промывают проточной водой, сушат.

#### **Техника выполнения профилактики пролежней.**

1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.
2. Пациента поворачивают на бок.
3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.
4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.
5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.
6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.
7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.
8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые

круги в наволочке.

9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.

10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.

11. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.

12. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

#### **Техника выполнения подмывания пациентов:**

1. В кувшин (кружку Эсмарха) наливают воду и добавляют несколько капель 5 % раствора калия перманганата до получения бледно-розового цвета.

2. Надевают перчатки.

3. Просят пациентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их в бедрах.

4. Подстилают клеенку, подставляют судно.

5. Кусок ваты закрепляют в корнцанге так, чтобы его острые края были со всех сторон прикрыты.

6. В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и, вылив небольшое количество раствора на бедро пациентки, спрашивают: «Вам Не горячо?». Если температура воды приемлема, продолжают манипуляцию.

7. Орошают половые органы теплым дезинфицирующим раствором. Правой рукой берут корнцанг с ватой и обмывают половые органы по направлению струи к анальному отверстию, чтобы не занести инфекцию. Сначала обмывают малые половые губы, затем большие половые губы, паховые складки, лобок. В последнюю очередь обмывают анальное отверстие движением сверху вниз.

8. Снимают с корнцанга грязный ватный тампон, закрепляют чистый кусок ваты и высушивают половые органы в той же последовательности.

9. Убирают судно, помогают пациентке принять удобное положение в постели.

#### **Техника выполнения внутривенной инъекции:**

1. Вымойте руки с мылом, высушите индивидуальным полотенцем, обработайте кожным антисептиком;

2. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и выложите его в стерильный почкообразный лоток;

3. Проверьте название, срок годности, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листком назначения;

4. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом и сбросьте их в ладони. Обработайте и вскройте ампулу;

5. Наберите в шприц нужное количество лекарственного препарата;

6. Сбросьте защитный колпачок с иглы, и пустую ампулу в лоток для отработанного материала (кроме ампул от сильнодействующих и наркотических лекарственных средств);

7. Положите шприц в стерильный лоток;

8. Положите в стерильный лоток со стороны поршня стерильные ватные шарики (не менее 4 штук);

9. Объяснить пациенту ход манипуляции;

10. Усадите или уложите пациента. Под локоть для максимального разгибания руки положите клеенчатую подушку;

11. Наложите через одноразовую пеленку или салфетку (или на одежду) на среднюю треть плеча венозный жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз. Попросите пациента поработать кулаком;

12. Наденьте стерильные перчатки. Снимите с их поверхности тальк ватным шариком со спиртом;

13. Пропальпируйте наиболее доступную и наполненную вену, ватным шариком с кожным антисептиком обработайте всю область локтевого сгиба (в направлении снизу вверх);

14. Попросите пациента сжать кулак, после чего обработайте место инъекции ватным шариком с кожным антисептиком;
15. Натяните большим пальцем левой руки кожу локтевого сгиба на себя, фиксируя вену;
16. Возьмите шприц в правую руку, держа указательный палец на канюле иглы, расположите иглу срезом вверх, параллельно поверхности осторожно проколите кожу и вену (одномоментно или двухмоментно) и продвиньте иглу на 1/3 длины по вене до ощущения попадания в пустоту или появления крови в канюле и цилиндре шприца;
17. Потяните рукой поршень на себя так, чтобы в цилиндре шприца появилась кровь;
18. Развяжите жгут, потянув за один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак, еще раз потяните поршень на себя для проверки контакта иглы с веной;
19. Введите лекарственный препарат, не меняя положение шприца;
20. Приложите к месту инъекции ватный шарик с кожным антисептиком и извлеките иглу из вены;
21. Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе, оставив шарик до полной остановки кровотечения из места прокола;
22. Выяснив самочувствие пациента, заберите ватный шарик и проводите его до дверей кабинета.

#### **Алгоритм выполнения подкожной инъекции:**

1. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и положите его в стерильный латок.
2. Проверьте срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листом назначения.
3. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработайте и вскройте ампулу.
4. Наберите в шприц нужное количество препарата, выпустите воздух и положите шприц в стерильный латок.
5. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика.
6. Наденьте перчатки и обработайте шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.
7. Обработайте центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком в спирте большую зону кожных покровов, вторым шариком обработайте непосредственно место пункции, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.
8. Шарики сбросьте в лоток для отработанного материала.
- 9.левой рукой возьмите кожу в месте инъекции в складку.
10. Подведите иглу под кожу в основании кожной складки под углом 45 градусов к поверхности кожи срезом на глубину 15 мм или 2/3 длины иглы (в зависимости от длины иглы показатель может быть разным); указательным пальцем; указательным пальцем придерживать канюлю иглы.
11. Перенести руку, фиксирующую складку, на поршень и введите медленно лекарственное средство, постарайтесь не переключать шприц из руки в руку.
12. Извлеките иглу, продолжая придерживать её за канюлю, место прокола придерживайте стерильной ваткой, смоченной спиртом. Положите иглу в специальный контейнер; если использован одноразовый шприц, сломайте иглу и канюлю шприца; снимите перчатки.
13. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, заберите у него 3 шарик и проводите пациента.

#### **Техника внутримышечной инъекции**

1. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и положите его в стерильный латок.
2. Проверьте срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листом назначения.

3. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработайте и вскройте ампулу.
4. Наберите в шприц нужное количество препарата, выпустите воздух и положите шприц в стерильный латок.
5. Наденьте перчатки и обработайте шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.
6. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика.
7. Обработайте центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком в спирте большую зону кожных покровов, вторым шариком обработайте непосредственно место пункции, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.
8. Шарики сбросьте в лоток для отработанного материала.
9. Ввести иглу в мышцу под углом 90 градусов, оставив 2-3 мм иглы над кожей.
10. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество.
11. К месту инъекции прижать стерильный шарик и быстро вывести иглу.
12. Уточните у пациента самочувствие.
13. Заберите у пациента 3 шарик и проводите пациента.

#### **Техника выполнения постановки местного согревающего компресса:**

1. Кусок марли смачивают и отжимают так, чтобы не стекала жидкость.
2. Смоченную салфетку прикладывают к больному месту.
3. Поверх марлевой салфетки кладут компрессную бумагу или клеенку, затем вату, полностью закрывая два предыдущих слоя.
4. Наложённый компресс прочно фиксируют бинтом так, чтобы не было видно предыдущих слоев.
5. Сняв компресс, кожу протирают насухо, предварительно обмыв ее теплой водой. При необходимости накладывают сухую повязку.

#### **Техника выполнения ухода за гастростомой**

1. положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода;
2. обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом;
3. нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь;
4. наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны;
5. зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.

#### **Техника выполнения ухода за колостомой**

1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.
2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.
3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом.
4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту.
5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой.
6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.

#### **Техника выполнения ухода за цистостомой**

1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и

набирают в шприц Жане 100 - 150 мл.

2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пещера.
3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.
4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.
5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.
6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.
7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.
8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или биндом.

#### **Техника выполнения подготовки к обзорной рентгенографии почек:**

1. За 1 - 2 сут до исследования из питания пациента исключают продукты, вызывающие газообразование: хлеб, молоко, бобовые, яблоки, виноград. При метеоризме 3 раза в сутки дают настой ромашки или по 2 - 3 таблетки карболена.
2. Накануне исследования со второй половины дня ограничивают прием жидкости.
3. Накануне вечером и в день исследования утром ставят очистительную клизму.
4. В день исследования до выполнения процедуры исследования пациенту нельзя принимать пищу и жидкость.
5. Через 45 - 60 мин после опорожнения кишечника необходимо доставить пациента и его историю болезни в рентгеновский кабинет.
6. Перед исследованием пациенту рекомендуют помочиться.

#### **Техника выполнения подготовки к внутривенной урографии:**

1. За 2 - 3 сут до исследования из рациона пациента исключают газообразующие продукты: молоко, черный хлеб, бобовые, яблоки и т.д. При метеоризме врач назначает карболен по 2 - 3 таблетки 4 раза в сутки.
2. Накануне исследования со второй половины дня ограничивают прием пациентом жидкости.
3. Вечером и утром за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.
4. К назначенному времени пациента и историю болезни доставляют в рентгеновский кабинет.
5. В рентгеновском кабинете процедурная медицинская сестра отделения внутривенно вводит пациенту рентгеноконтрастное вещество, хорошо выделяемое почками, в дозе 25 - 40 мл 30 - 50% раствора. Затем ему делают серию рентгеновских снимков.
6. Истории болезни возвращают в отделение после исследования.

#### **Техника выполнения подготовки к холецистографии:**

1. За 2 - 3 сут до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.
2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.
3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 -20 кг массы тела пациента.
4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.
5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).
6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.
8. В отделении пациенту оставляют завтрак.
9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

#### **Техника выполнения подготовки к внутривенной холеграфии:**

1. За 2 сут до исследования начинают подготовку кишечника, как перед холецистографией (диета, клизмы).
2. Накануне пациента предупреждают, что исследование будет проводиться утром натощак.
3. Перед введением билигност согревается на водяной бане до +37 °С.
4. В рентгеновском кабинете процедурная медицинская сестра отделения медленно внутривенно вводит контрастное вещество при горизонтальном положении пациента. После введения 1-2 мл делается пауза на 3 мин для выявления реакции пациента на препарат. При появлении кожного зуда, чиханья, насморка и других проявлений реакции введение препарата прекращается. Об этом сообщают врачу.
5. При отсутствии реакции медленно (в течение 5 мин) вводят весь препарат.
6. В отделении пациенту оставляют завтрак. Возвращают историю болезни в отделение.

#### **Техника выполнения подготовки больного к ирригоскопии:**

1. За 2 - 3 сут до исследований из питания пациента исключают продукты, вызывающие газообразование: черный хлеб, молоко, капусту, бобовые, яблоки, виноград и др.
2. При упорном метеоризме пациенту дают 3 раза в сутки настой ромашки или по 2 – 3 таблетки карболена по назначению врача.
3. Накануне вечером пациенту ставят две очистительные клизмы с интервалом 1 ч.
4. Утром пациенту ставят две очистительные клизмы за 3 и 2 ч до исследования.
5. За 1 ч до исследования ставят газоотводную трубку на 10 - 15 мин.
6. Историю болезни к началу рабочего дня доставляют в рентгенологический кабинет.
7. Пациента информируют о месторасположении кабинета и времени проведения исследования или провожают в кабинет.
8. Бариевую взвесь вводят сотрудники рентгенологического кабинета.
9. Для пациента в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).
10. Историю болезни с результатами исследования возвращают в отделение.

#### **Алгоритм подготовки пациента к ректороманоскопии:**

1. Пациента предупреждают, что исследование проводится натощак.
2. За 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму. При запорах клизму ставят и накануне вечером.
3. Непосредственно перед исследованием пациенту рекомендуется опорожнить мочевой пузырь.
4. Врач вводит ректоскоп и осматривает слизистую оболочку прямой кишки.
5. Если пациенту во время осмотра проведена биопсия, то в течение суток необходимо вести наблюдение за его состоянием и самочувствием, так как есть опасность кишечного кровотечения.

#### **Алгоритм подготовки пациента к колоноскопии:**

1. Пациенту рекомендуют бесшлаковую диету за 3 - 5 сут до исследования.
2. За 2 сут до исследования пациенту дают масляное слабительное (30 - 50 мл касторового масла).
3. Накануне исследования, если позволяет состояние пациента, отменяют ужин.
4. Накануне вечером с интервалом 1,0-1,5 ч пациенту ставят очистительные клизмы.
5. Утром за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму для полного опорожнения кишечника и вводят газоотводную трубку на 10-15 мин.
6. Историю болезни утром доставляют в эндоскопический кабинет, а после исследования



возвращают в отделение.

7. Пациенту в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу

Даволаш, педиатрия ва тиббий педагогика факультетлари 1-курс талабаларининг 2017-2018 ўқув йилига мўлжалланган  
**«Тиббиётга кириш»** (хирургик бемор болаларни парваришлаш) фанидан амалий машгулотларни рейтинг тизими асосида баҳолаш  
**мезонлари**

№	М А В З У	86-100% аъло	70-85% яхши	56-70% қон-ли	55%- кам қон-сиз
1.	<b>Хирургик беморларнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни қабул қилишда шифокорнинг тутган ўрни.</b> Бемор болаларнинг ёшига нисбатан онто-физиологик, психоэмоционал ўзига хослиги, шифокорнинг психологик мулоқоти ўзига хослиги.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, мушоҳада юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тўғри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди</b>
2	<b>Биоэтика ва деонтология асосларини хирургик беморларни қабул қилишда қўллашнинг аҳамияти.</b> Биоэтика ва деонтология ҳақида тушунча. Бемор билан мулоқотда ушбу тушунчаларнинг амалда қўлланилиши, ижобий ва салбий томонлари.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
3	<b>Антисептика ва асептика асосларини ўрганиш, хирургик беморларни қабул қилишда санитар ишлов беришнинг аҳамияти.</b> Антисептика ва асептика ҳақида умумий тушунча, шахсий гигиена ва санитар ишловнинг бемор соғлигидаги аҳамияти.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>

4	<b>Хозирги замон тиббиётида ятрогения ва эвтонозия муаммолари.</b> Ятрогения ва эвтонозия ҳақида тушунча, ятроген ножўя омиллар келиб чиқиши, ятроген омиллар тўғрисида классик тиббиёт намоёндалар фикри. Эвтонозиянинг ижтимоий-руҳий аспектлари.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
5	<b>Маслаҳат беришнинг асосий принциплари.</b> Операция қабул қилишда, операция олди ва кейинги даврларда маслаҳат бериш. Ўзаро тушуниш ва ишонч, шифокорнинг ўзини тутиши.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
6	<b>Шифохона ички инфекцияси, «шахсий гигиена» ҳақида шифокорнинг – бемор билан мулоқот қилиши.</b> Шифохона ички инфекцияси ҳақида тушунча, шахсий гигиенанинг бемор соғлиғини сақлашидаги ўрни.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
7	<b>Хирургик операция тушунчаси, турлари бўйича шифокорнинг – бемор билан мулоқоти.</b> Бемор билан мулоқотда операция моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади,	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>

	бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар.	айтиб бера олади, тасавури бор.	тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	бор, <b>билади.</b>	
8	<b>Хирургик беморларни кузатиш ва даволашдаги муолажалари.</b> Беморларни шифохонада ётқизиш, текшириш муолажаларини моҳиятини туғри тушунтира олиш, лозим бўлган амалиётга психологик тайёрлаш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини туғри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
9	<b>Наркоз тушунчаси.</b> Унинг турлари, асоратлари бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқот қилишининг аҳамияти.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу моҳиятини туғри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
10	<b>Беморни операция олди даврида шифокор томонидан олиб борилиши лозим бўлган муолажаларнинг аҳамияти.</b> Бемор организмни физиологик оператив муолажага тайёрлаш моҳияти. Бемор болани операцияга рухий тайёргаликнинг аҳамияти.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу моҳиятини туғри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайди, <b>билмайди.</b>
11	<b>Беморнинг рухий ҳолати - тушкунлик, шок, қурқув, ғам - андух, хаяжон ҳолатларида шифокорнинг туган ўрни.</b>	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b>	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун

		юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	тиролмаиди, <b>билмаиди.</b>
12	<b>Операциядан кейинги даврида шифокор томонидан олиб бориши лозим бўлган парвариш муолажаларининг ахамияти.</b> Бевосита бемор ва беморнинг ота-онасига операциядан кейинги парвариш ҳақида тушунча бериш ва бажаришнинг бемор соғлиғидаги ижобий ўзгаришлардаги ўрни.	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни мохиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмаиди, <b>билмаиди.</b>
13	<b>Овқатлантиришни ташкиллаштириш.</b> Операциядан кейинги давр бўйича шифокорнинг бемор билан мулоқоти. Бемор ва беморнинг ота-онасига операциядан кейинги овқатлантиришни ташкиллаштириш ҳақида тушунча бериш ва бажаришнинг бемор соғлиғидаги ижобий ўзгаришлардаги ўрни.	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни мохиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмаиди, <b>билмаиди.</b>
14	<b>Терминал ҳолатдаги оғир беморларни олиб боришда– беморни ахволи ҳақида хабар.</b> Терминал ҳолатда ётган беморлар ҳақида умумий тушунчага эга бўлиш ва яқин қариндошлари билан мулоқот.	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни мохиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга,	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмаиди, <b>билмаиди.</b>

			<b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади		
15	<b>Оғир хирургик беморларда кийим–кечак ва окликларни алмаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари.</b> Ётоқ, яраларни олдини олишда шифокорнинг тутган ўрни. Ушбу муолажаларни бажаришда яқин қариндошлари билан мулоқот.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмади, <b>билмайди.</b>
16	Хирургик беморларда– амалиётдан кейинги даврда ОИТС (СПИД) масалалари бўйича маслаҳат беришнинг этик асослари. Бемор билан мулоқотда ОИТС (СПИД) моҳияти, унинг самараси, мумкин бўлган бўлган асоратлари ҳақида тушунчалар.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни моҳиятига асосланиб <b>тушинтиради</b> , мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Мавзу моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмади, <b>билмайди.</b>

Даволаш, педиатрия ва тиббий педагогика факультетлари 1-курс талабаларининг 2017-2018 ўқув йилига мўлжалланган «Тиббиётга кириш» (хирургик бемор болаларни парваришлаш) фанидан клиник амалиёт машғулотларни рейтинг тизими асосида баҳолаш мезонлари

№	М А В З У	86-100% аъло	70-85% яхши	56-70% кон-ли	55%- кам кон-сиз
1.	Қабул бўлимида беморларни тозалаш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади,	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади,	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун

		мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	тасаввури бор, <b>билади.</b>	тиролмайди, <b>билмайди</b>
2	Оғир беморларни ўрин кўрпа ва окликларини алмаштириш.	Мавзу буйича мустақил мушохада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>
3	Беморларни боғлов хонасига, операция хонасига ва палаталарга етказиш.	Мавзу буйича мустақил мушохада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>
4	Беморлар тумбочкалари санитария ҳолати ва тозалаш.	Мавзу буйича мустақил мушохада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>
5	Оғир беморларни ювинтириш.	Мавзу буйича мустақил мушохада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила	Мавзу буйича мустақил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисида тасаввурга эга, <b>мохиятини</b>	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисида тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>

		олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	тушиниб, <b>мушохада</b> юритади		
6	Оғир беморлар – тери, шиллик қаватлари, сочлари ва тирноқлари парвариши.	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайдиган, <b>билмайдиган</b>
7	Беморларга судна, сийдикдон тутиш ва уларни тозалаш	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайдиган, <b>билмайдиган</b>
8	Ичак ва сийдик оқмалари бўлган беморлар парвариши.	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайдиган, <b>билмайдиган</b>
9	Оғир беморларни оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиқлари парвариши	Мавзу буйича мустакил мушохада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушохада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустакил мушохада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушохада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайдиган, <b>билмайдиган</b>



10	Оғир беморларни кўз ва қулоқлари парвариши	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайд, <b>билмайд</b>
11	Қусаётган беморга ёрдам кўрсатиш	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайд, <b>билмайд</b>
12	Беморлар тана ҳароратини, пулсини ва артериал босимни ўлчаш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайд, <b>билмайд</b>
13	Хантал, компресс ва иситгичлар қўйиш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, моҳиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасавури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик моҳиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>моҳиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасавури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима эканлигини тушунтиролмайд, <b>билмайд</b>
14	Маҳаллий муз халта қўйиш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>моҳиятига</b> асосланиб	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади,	Мавзуни билади,	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга

		тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	эмас, нима экан лигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>
15	Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима экан лигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>
16	Беморларга овқат тарқатиш ва овқатлантириш.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юритади, мавзуни <b>мохиятига</b> асосланиб тушинтиради, мавзуга <b>ижодий</b> ёндашиб, <b>мушоҳада</b> юритади, мохиятини тушинтира олади. Амалда беморни касалхонага тўғри қабул қила олади, мавзуни билади, айтиб бера олади, тасаввури бор.	Мавзу буйича мустақил мушоҳада юрита олади, билимини амалда қўллайди. Касаллик мохиятини тугри тушинади, мавзу тугрисиди тасаввурга эга, <b>мохиятини</b> тушиниб, <b>мушоҳада</b> юритади	Мавзуни билади, тушунтириб, айта бера олади, тасаввури бор, <b>билади.</b>	Мавзу тўғрисиди тасаввурга эга эмас, нима экан лигини тушун тиролмайди, <b>билмайди</b>

## Фойдаланилган адабиётлар

### Асосий адабиётлар

1. Зокирходжаев Ш.Е. Шифокор ва бемор фанидан ўқув дастури, Тошкент 2009.
2. Золикина Л.С. Беморларни умумий парвариши, 1995.
3. Турсунов Б.С. Хирургик беморлар парвариши, Ибн Сино номидаги матбуот бирлашмаси, 1995.

### Қўшимча адабиётлар

15. Фаулер М. Этика и сестринское дело, М.1994.
16. Д.Мерта. Справочник ВОП. М.1998.
17. Островская И.М. Вербальный способ общения. Ж.Медсестра, 2001, 7.
18. Островская И.В. Медсестра и пациент: общения для обмена полезной информации. Ж.Медсестра, 2000.
19. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. 2017 й, 104 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
20. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамыз. 2017 й, 488 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.
21. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамыз. 2016 й, 56 бет, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи.

### Интернет сайтлари

9. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
10. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
11. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
12. [www.info@tma.uz](http://www.info@tma.uz)

