## Лечебно-охранительный режим - это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на уход, лечение и возвращение пациентов обществу в качестве его полноценных членов, освоивших более целесообразный для сохранения здоровья образ жизни.

Среда лечебного учреждения должна обеспечить пациенту психический и физический покой, способствующий преодолению неблагоприятных факторов госпитализации: страха и беспокойства перед исследованиями, лечением, переживаний от расставания с привычной домашней обстановкой трудностей приспособления к новой среде, окружающему медицинскому персоналу и соседям по палате. Среда лечебного учреждения многосторонне влияет на пациента. Поэтому, обстановка больницы должна отвечать не только гигиеническим, но и эстетическим требованиям.

Младшая медицинская сестра должна быть образцом чистоты и опрятности, заботливо и чутко относиться к больным, поддерживая и укрепляя их моральное состояние.

### Успех лечебной деятельности во многом обеспечивается правилами внутреннего распорядка, установленными в данном отделении. Их строгое выполнение способствует созданию для пациентов физического и психического комфорта, устанавливает взаимопонимание между больными и медицинским персоналом.

Правильно построенный режим обеспечивает пациентам своевременное питание, выполнение гигиенических и лечебно-диагностических мероприятий, полноценный отдых, а также способствует поддержанию соответствующего санитарного состояния в палатах (отделении).

Младшая медицинская сестра обязана следить за соблюдением в отделении тишины, своевременным отключением осветительных приборов, радио, телевизора во время дневного и ночного отдыха. Соблюдать правила внутреннего распорядка необходимо всем медицинским работникам. Четкий режим наряду с другими правилами способствует поддержанию лечебно-охранительного режима в лечебно-охранительном учреждении (отделении).

Каждому пациенту в зависимости от тяжести состояния назначается определенный **индивидуальный режим**.

**Строгий постельный режим.** Пациенту не разрешается вставать**,** садиться, активно двигаться в постели, поворачиваться.

Все гигиенические мероприятия, физиологические отправления больной совершает в постели. Младшая медицинская сестра ухаживает за пациентом, кормит его, следит, чтобы он не вставал, осуществляет все мероприятия, необходимые для выполнения правил личной гигиены тяжелобольного.

**Постельный режим.** Пациенту разрешается поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее. Кормление и мероприятия личной гигиены ему помогает выполнять младшая медицинская сестра.

**Полупостельный режим.** Пациенту разрешается передвигаться в пределах палаты, сидеть на стуле около кровати. Кормление происходит в палате. Мероприятия личной гигиены пациент может осуществлять самостоятельно или с помощью младшей медицинской сестры (в зависимости от устройства палаты).

**Общий режим.** Пациент самостоятельно себя обслуживает, осуществляет мероприятия личной гигиены, свободно ходит по палате, по коридору, в столовую. Ему могут быть разрешены прогулки по территории больницы.

Подача судна тяжелобольному, перестилание постели, перекладывание пациента на носилки, каталку и прочие действия младшей медицинской сестры связаны со значительными физическими нагрузками на позвоночник, опорно-двигательный аппарат, что может привести к травме позвоночника, коленных суставов. Для предотвращения травмы необходимо помнить следующее:

1. перед поднятием тяжести следует согнуть колени, сохраняя туловище в вертикальном положении;
2. расставить ноги, т.к. широкая опора улучшает равновесие;
3. одна нога должна быть выдвинута вперед (переднезаднее положение ног). Такое положение ног позволяет перемесить центр тяжести при совершении физической нагрузки, что уменьшает затрачиваемую силу;
4. при подъеме пациента его необходимо прижать к себе;
5. не делать резких движений, поворотов;
6. если необходимо повернуться при перемещении пациента, то сначала надо поднять пациента, а потом плавно повернуться.

**Перемещение пациента в постели осуществляется поэтапно.**

*1 этап.* Оценить способность пациента к участию в процедуре, а именно: его подвижность, мышечную силу, адекватную реакцию на слова.

*2 этап*.Поднять постель на максимально удобную для работу с пациентом высоту.

*3 этап.* Убрать с постели подушки и прочие предметы, мешающие перемещению пациента.

*4 этап.* При необходимости заручиться помощью медицинской сестры, врача.

*5 этап.* Объяснить пациенту смысл процедуры, чтобы успокоить его и вызвать к сотрудничеству.

*6 этап.* Придать постели горизонтальное положение, зафиксировать колеса.

*7 этап.* Для снижения риска инфекции проводить процедуру в перчатках.

*8 этап.* После перемещения пациента опустить кровать, поднять поручни для обеспечения безопасности пациента.

*9 этап.* Проверить правильность положения тела пациента. Спина должна быть выпрямлена, исключаются любые искривления, напряжение. Выяснить, удобно ли пациенту.

####  Перемещение беспомощного пациента в постели

 **(участвует одна младшая медсестра).**

1. Повернуть пациента на спину, проверить правильность положения тела.
2. Опустить изголовье постели в горизонтальное положение.
3. Подушку положить в изголовье, чтобы пациент не ударился головой о спинку кровати.
4. Встать лицом к изножью постели под углом 45\* и передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.

Процедура начинается с перемещения ног, т.к. они легче других частей тела и их удобнее передвигать.

1. Переместиться вдоль бедер пациента.
2. Согнуть ноги в бедрах и коленях, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.
3. Передвинуть бедра пациента по диагонали к изголовью.
4. Переместиться вдоль туловища пациента параллельно верхней части его тела.
5. Подсунуть руку, находящуюся ближе к изголовью, под плечо пациента, снизу обхватив его плечо. Плечо надо одновременно поддерживать кистью руки.
6. Другую руку подсунуть под верхнюю часть спины. Поддержка головы и шеи обеспечивает надлежащую выпрямленность тела пациента и предупреждает травматизм, а поддержка туловища уменьшает трение.
7. Передвинуть туловище, плечи, голову и шею пациента диагонально по направлению к изголовью.
8. Поднять боковой поручень кровати для предотвращения падения пациента с постели и перейти на другую сторону кровати.
9. Переходя с одной стороны постели на другую, повторять процедуру до тех пор, пока тело пациента не достигнет желаемой высоты.
10. Переместить пациента на середину постели, точно также поочередно манипулируя тремя отделами его тела, до достижения поставленной цели.
11. Поднять боковые поручни для обеспечения безопасности пациента.
12. Снять перчатки, вымыть руки.

## Больничное белье.

К больничному белью относятся простыни, наволочки, пододеяльники, пеленки, рубашки, косынки, халаты, пижамы и т.д.

Чистое белье хранится в бельевой, находящейся в отделении, на полках выкрашенных масляной краской и застеленных медицинской клеенкой. Полки для чистого белья регулярно обрабатываются дезраствором.

Грязное белье хранится в специальном помещении в клеенчатых промаркированных мешках.

Все белье должно иметь метку и штамп отделения.

В каждом отделении работает сестра-хозяйка, на которой лежит ответственность за регулярную смену белья и своевременную отправку грязного белья в прачечную.

Один раз в 7-10 дней проводится банный день со сменой белья, но если в отделении имеются тяжелобольные с непроизвольным мочеиспусканием или дефекацией, то сестра-хозяйка обязана оставлять младшей медицинской сестре несколько дополнительных комплектов чистого белья для смены.

Всвязи с тем, что больной большую часть времени проводит в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной, сетка – хорошо натянутой, с ровной поверхностью. Поверх сетки кладут матрац без бугров и впадин. В зависимости от сезона используют байковые или шерстяные одеяла. Постельное белье должно быть чистым. Простыни не должны иметь рубцов и швов, а наволочки – узлов и застежек на стороне обращенной к больному. Одновременно с постельным бельем больной получает 2 полотенца.

Постель больных с непроизвольным мочеиспусканием и выделениями кала должна иметь специальные приспособления. Чаще всего пользуются подкладным резиновым судном, а матрац обшивают клеенкой. Постельное белье таким больным меняют чаще, чем обычно, - по мере загрязнения.

Если у больной женщины имеются обильные выделения из половых органов, то для сохранения чистоты постели, под больную подкладывают клеенку и сверху небольшую простынку, которую меняют не реже 2 раз в сутки, а при необходимости и чаще, между бедер укладывают прокладку, которую меняют по мере загрязнения.

Постель больного необходимо регулярно перестилать – утром, перед дневным отдыхом и на ночь. Младшая медицинская сестра стряхивает крошки с простыни, расправляет ее, взбивает подушки. Больного на это время можно посадить на стул. Если больному нельзя вставать, то переложить его вдвоем на край кровати, затем, расправив на освободившейся половине матрац и простыню, удалить с них крошки и переложить больного на убранную половину постели. То же самое проделать с другой стороны.

Смена простыни пол тяжелобольными требует от персонала определенного навыка. Если больному разрешено поворачиваться на бок, сначала, осторожно приподняв его голову, убрать из-под нее подушки. Затем помогают ему перевернуться на бок, лицом к краю кровати. На освободившейся половине постели, находящейся за спиной больного, скатывают грязную простыню так, чтобы она в виде валика легла вдоль его спины. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню. Затем больному помогают лечь на спину и повернуться на другой бок. После этого он окажется лежащим на чистой простыне лицом к противоположному краю кровати. Далее убирают грязную и расправляют чистую простыню.

Если больному нельзя совершать активные движения, простыню можно сменить другим способом. Начиная с головного конца кровати, скатывают грязную простыню, приподнимая голову больного и верхнюю часть туловища. На место грязной простыни, кладут скатанную в поперечном направлении чистую и расправляют ее на освободившемся месте. Затем на чистую простыню кладут подушку и опускают на нее голову больного. Далее, приподняв таз больного, грязную простыню сдвигают к ножному концу кровати, на ее месте расправляют чистую. После этого остается удалить грязную простыню.

Рубашки тяжелобольному меняют следующим образом: слегка приподняв верхнюю часть туловища, собирают рубашку со спины к шее. Приподняв руки больного, снимают рубашку через голову, а затем освобождают от рукавов руки. Если одна рука у больного повреждена, то рукав снимают сначала со здоровой руки, а затем с больной. Чистую надевают в обратном порядке: сначала, начиная с больной руки, надевают рукава, а затем надевают рубашку через голову и расправляют вдоль спины.

 **Подмывание больных.**

Больных, длительное время находящихся в постели и не принимающих каждую неделю гигиеническую ванну, необходимо несколько раз в день подмывать, т.к. скопление мочи и кала в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию опрелостей, трещин и пролежней. Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором. Раствор должен быть теплым (30 - 32°С). Для подмывания нужно иметь подкладное судно, кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. Больных необходимо подмывать после каждого акта дефекации, женщин подмывают чаще.

При подмывании под ягодицы подкладывают судно. Больная должна лежать на спине, согнув ноги в коленных суставах и максимально разведя в бедрах. В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливают на наружные половые органы к заднему проходу (сверху вниз), 1 ватно-марлевым шариком при этом промывают внутреннюю поверхность больших половых губ, а 2 шаром промывают наружную поверхность и область паховых складок, 3 шаром промывают область заднего прохода. После этого сухим ватно-марлевым тампоном в том же направлении осушают кожу или подкладывают чистую пеленку как прокладку. Подмывание можно производить из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и зажимом, направляя на промежность струю слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положение больного также на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывают судно и направляют струю слабого раствора перманганата калия на промежность и паховые складки. Ватно-марлевым тампоном на корнцанге поднимают крайнюю плоть и омывают головку полового члена, а затем ануса. Мужчин осушают только пеленкой. Если имеются опрелости в паховых складках, их смазывают детским кремом, зеленкой или припудривают соответствующей присыпкой. Никогда не смазывают жирными мазями!

 **Подача судна и мочеприемника.**

Судно – один из самых необходимых предметов ухода за тяжелобольными. Больным, находящимся на строгом постельном режиме, при акте дефекации необходимо подать судно, а мужчинам при мочеиспускании – мочеприемник.

Судна делают из фаянса, из металла с эмалевым покрытием, из резины, а также из различных пластмасс. Судна имеют различную форму с большим круглым отверстием сверху и сравнительно небольшим отверстием в трубке, отходящей с одной стороны судна. Большое отверстие сверху снабжено крышкой. Чистое судно хранят в туалетной комнате, в специально отведенном шкафу или под кроватью больного на подставке.

Если у больного возникает потребность освободить кишечник, его следует, прежде всего, отгородить от других больных ширмой. Перед употреблением судно ополаскивают теплой водой и оставляют в нем немного воды. Углом стелют под пациента клеенку с пеленкой, откинув одеяло, больного просят согнуть ноги в коленях и помогают ему, подводя левую руку под крестец, приподнять таз. Держа правой рукой, открытое судно за трубку, подводят его под ягодицы так, чтобы промежность оказалась над большим отверстием, а трубка – между бедрами в сторону колен. Прикрыв больного одеялом, оставляют больного на время одного. Затем судно вынимают из-под больного, прикрывают крышкой и уносят в уборную, где освобождают от содержимого, тщательно вымывают щеткой, дезинфицируют, ополаскивают и ставят на место. Больного после акта дефекации необходимо подмыть.

Резиновое судно часто подают ослабленным больным или больным с недержанием мочи или кала для профилактики образования пролежней. При длительной постановке судна его необходимо обернуть пеленкой или надеть на него чехол (чтобы не было раздражения кожи от соприкосновения с резиной). Резиновое судно не туго надувают с помощью ножного насоса. Дезинфицируется оно так же, как эмалированное судно. Для устранения запаха резиновое судно ополаскивают слабым раствором перманганата калия.

Больные, находящиеся на строгом постельном режиме, вынуждены совершать в постели и мочеиспускание. Для этого существуют особые сосуды – мочеприемники. Изготавливаются они из стекла, пластика или металла и имеют овальную форму с вытянутым в короткую трубку отверстием. Форма трубки – отверстия женского и мужского мочеприемников несколько различна. Женщины чаще пользуются не мочеприемником, а судном. Мочеприемники, так же, как и судна, должны быть индивидуальными. Подавать их нужно чистыми и нагретыми, тотчас же освобождать от мочи. Дезинфекция мочеприемников проводится также, как и судна. Так как моча часто осадок, пристающий к стенкам в виде налета и издающий неприятный аммиачный запах, время от времени мочеприемники необходимо мыть слабым раствором соляной кислоты с последующим промыванием проточной водой.

**Клизмы.**

Клизмой называется введение через прямую кишку различных жидкостей с диагностической и лечебной целью.

С лечебной целью применяют очистительные, сифонные, масляные, гипертонические, лекарственные и питательные клизмы.

Очистительные клизмы, предназначенные для разжижения и удаления содержимого нижних отделов толстой кишки, используют при упорных запорах, для удаления токсичных веществ при отравлениях, перед операциями и родами, рентгенологическими исследованиями пищеварительного тракта и эндоскопическими исследованиями толстой кишки, перед применением лекарственных и питательных клизм.

Противопоказаниями для постановки очистительных клизм служат острые воспалительные и эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки толстой кишки, некоторые острые хирургические заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый перитонит), кишечные кровотечения, первые дни послеоперационного периода, после операций на органах брюшной полости, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Очистительную клизму ставят с помощью стеклянной или резиновой кружки Эсмарха (специальный резервуар объемом 1-2 л с отверстием), к которой прикрепляют резиновую трубку длиной около 1,5 м с резиновым, пластмассовым, эбонитовым или стеклянным наконечником. На конце трубки расположен кран, с помощью которого можно регулировать поступление воды из кружки. (При отсутствии крана –используют к/о зажим).

Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется обычно 1-1,5 л теплой воды (25-35°С). Если необходимо стимулировать сокращение толстой кишки (при атонических запорах) можно примерять воду более низкой температуры (12-20°С). Напротив, если необходимо расслабить гладкую мускулатуру кишечника (при спастических запорах) используют воду с температурой 37-40°С. Для усиления очистительного действия клизмы, иногда добавляют 2-3 столовых ложки глицерина или растительного масла, или растворяют в воде 1 столовую ложку стружки детского мыла.

В кружку Эсмарха наливают воду и, открыв кран, заполняют резиновую трубку, вытесняя воздух. Затем кран вновь закрывают и кружку подвешивают выше уровня кровати (кушетки). Больной ложится на левый бок с согнутыми в коленях ногами, подтянув их к животу (в таком положении больного анальное отверстие находится более поверхностно, что облегчает введение наконечника). Если больного нельзя положить на левый бок, манипуляция проводится лежа на спине с согнутыми в коленях ногами (поза лягушки). Под больного подкладывают клеенку, край которой опускают в таз.

Первым и вторым пальцами левой руки раздвигают ягодицы больного, а правой рукой – поступательно-вращательными движениями осторожно вводят наконечник в прямую кишку на глубину 10-12 см, предварительно смазанный стерильным вазелином. Если у больного не было стула несколько суток, перед введением наконечника, производят пальцевую ревизию ампулы прямой кишки с целью диагностики наличия или отсутствия калового завала. Вначале (первые 3-4 см) наконечник вводят по направлению к пупку больного, а затем поворачивают соответственно просвету прямой кишки и продолжают введение параллельно копчику. После этого открывают кран и вводят жидкость, поднимая кружку на высоту до 1 м. Если вода не поступает, необходимо несколько выдвинуть наконечник и увеличить напор воды, подняв кружку выше. Напротив, при возникновении болей по ходу толстой кишки, напор воды уменьшают. После окончания введения жидкости больного просят воздержаться от дефекации в течение 5-10 минут. Затем за счет стимуляции перистальтики толстой кишки происходит опорожнение ее нижних отделов от каловых масс. Использованные наконечники и кружки Эсмарха дезинфицируют, а затем наконечники подлежат стерилизации.

При упорных запорах, особенно спастического происхождения, применяют масленые клизмы. Для этого используют 100-200 г подогретого до температуры 37-38°С любого растительного масла, которое вводят в прямую кишку с помощью резинового грушевидного баллончика или шприца Жане. Масляные клизмы, способствующие расслаблению стенки кишки и последующему усилению перистальтики, ставят обычно вечером (после нее больной должен спокойно полежать в течение получаса), при этом послабляющий эффект наступает через 10-12 часов, обычно утром.

Для стимуляции опорожнения кишечника при атонических запорах используют также гипертонические клизмы (солевые) клизмы. 50-100 мл 10% раствора хлорида натрия или 20-30% раствора сульфата магния вводят в прямую кишку с помощью резинового баллончика или шприца Жане, после чего больного просят воздержаться от дефекации в течение 20-30 минут. Поскольку гипертонические клизмы благодаря своему осмотическому действию способствуют выходу воды из тканей в просвет прямой кишки, можно их применять в борьбе с отеками.

Сифонные клизмы применяют с лечебной целью при различных отравлениях, интоксикации продуктами обмена веществ, при динамической и механической кишечной непроходимости ( в последнем случае в качестве предоперационной подготовки), а также при неэффективности очистительных клизм. Применение сифонных клизм при кишечной непроходимости противопоказано при подозрении на тромбоз или эмболию сосудов брыжейки.

При постановке сифонной клизмы используют большую воронку емкостью 0,5-2 л, а также резиновую трубку длиной 1-1,5 м с диаметром не менее 1 см, соединенную с гибким резиновым наконечником длиной 20-30 см.

Больной принимает то же положение, что и при постановке очистительной клизмы (на левом боку или на спине с несколько согнутыми в коленях ногами). Гибкий конец резинового наконечника, смазанный стерильным вазелином, вводят через прямую кишку на глубину 20-30 см. действие сифонной клизмы основано на принципе сообщающихся сосудов. Присоединив воронку к наружному концу трубки, ее удерживают в несколько наклонном положении, на уровне таза пациента и заполняют жидкостью для промывания – чистой кипяченой водой, слабым раствором перманганата калия, 2% раствором гидрокарбоната натрия. Воронку поднимают вверх, примерно на 30 см выше уровня тела, после чего жидкость начинает поступать в кишечник. Как только жидкость в воронке дойдет до ее сужения, воронку быстро опускают ниже уровня тела больного, и она начинает заполняться поступающей обратно из кишечника жидкостью вместе с пузырьками газа и каловыми массами. Перевернув воронку и вылив содержимое, заполняют водой и процедуру промывания вновь повторяют до тех пор, пока из кишечника в воронку не будут поступать чистые промывные воды. Обычно на одну сифонную клизму требуется 10-12 л жидкости.

К лекарственным клизмам относятся лечебные клизмы с введением различных лекарственных веществ. Лекарственные клизмы чаще всего являются микро клизмами, и их объем составляет обычно 20-100мл.

Для лекарственных клизм используют резиновый грушевидный баллончик или шприц Жане с длинным резиновым наконечником (катетером), который вводят в прямую кишку на глубину 10-12 см. перед их применением, как правило, ставят очистительную клизму.

Питательная клизма. После очистительной клизмы и опорожнения кишечника, отхождения газов, дают кишечнику 20-30 минут успокоиться, затем вводят стерильный наконечник с подсоединенной к нему либо кружкой Эсмарха с капельницей, либо специальной системой для введения питательных веществ, на трубку системы накладывают регулируемый зажим, который обеспечит 30-40 капель в минуту (скорость введения веществ с питательной целью). Больного удобно укладывают, аккуратно укрывают, и эта процедура продолжается 2-3 часа, в зависимости от количества питательного вещества, необходимого для введения. Скорость введения регулируют в соответствии с возможностью больного не реагировать на процедуру (раствор не должен истекать из прямой кишки и не должен вызывать позывы к акту дефекации).

 **Техника постановки газоотводной трубки.**

Газоотведение проводят толстостенной резиновой трубкой длинной 40 см и диаметром 8-10 мм. Один конец ее закруглен и имеет два боковых отверстия, другой слегка расширен. Показанием к введению газоотводной трубки является скопление газов в кишечнике (метеоризм) и наличие спазмов наружного или внутреннего жомов ануса.

Больному объясняют цель и порядок проведения манипуляции. На простынь стелют клеенку, сверху накрывают ее пеленкой, больного поворачивают на левый бок и просят подтянуть колени к животу. Если больного нельзя положить на левый бок, манипуляция проводится больному лежа на спине с согнутыми в коленях и раздвинутыми ногами. Газоотводную трубку смазывают стерильным вазелином. Левой рукой раздвигают ягодицы и осторожно вводят ее в задний проход на глубину 20-30 см. Наружный конец трубки опускают в подкладное судно, в которое налито немного воды (т.к. с газами может выделяться небольшое количество жидких каловых масс).

Необходимо следить за тем, чтобы трубка находилась в кишечнике больного не более 2 часов, во избежание образования пролежней. Через 2 часа осторожно извлекают трубку и подмывают больного. Трубку помещают в промаркированную емкость для дезинфекции, затем обрабатывают согласно ОСТу 42-21-2-85 и стерилизуют.

Иногда введение газоотводной трубки может быть затруднено из-за скопления большого количества каловых масс, поэтому перед данной манипуляцией необходимо сделать очистительную клизму с глицерином или ромашкой.

 **Пролежни.**

Пролежни – это дистрофические язвенно-некротические процессы, возникающие у ослабленных больных, длительное время находящихся в постели. Чаще всего пролежни образуются в области лопаток, крестца, большого вертела, на локтях, затылочной области, задней поверхности пяток.

Образованию пролежней способствует плохой уход за кожей, неудобная постель, редкое перестилание. Один из первых признаков пролежней – бледность кожи и смятость, с последующим покраснением, отечностью и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти.

*Профилактика пролежней:*

1. поворачивать больного на бок несколько раз в день, если позволяет его состояние (изменять позу больного);
2. ежедневно несколько раз в день стряхивать простыню, чтобы не было крошек в постели;
3. следить за тем, чтобы на постельном и нательном белье не было складок и заплаток;
4. тяжелобольным, длительно находящимся в постели, подложить надувной резиновый круг, на который надета наволочка, так, чтобы крестец находился над отверстием круга;
5. ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором: камфорным спиртом, водкой, одеколоном, а при их отсутствии протирать кожу полотенцем, смоченным теплой и мыльной водой, и вытирать насухо, слегка растирая при этом кожу.

Для протирания конец чистого полотенца смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и протирают шею, за ушами, спину, ягодицы, переднюю поверхность грудной клетки и подмышечные впадины. Особое внимание следует обращать на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образоваться опрелости. Затем кожу вытирают насухо в том же порядке.

Эти процедуры производятся ежедневно на ночь больным, которые не могут еженедельно принять гигиеническую ванну, а также больным находящимся в бессознательном состоянии. Таким образом, при правильном уходе кожа больного должна быть всегда сухой и чистой.