Серия
«Среднее медицинское образование»

Т. П. ОБУХОВЕЦ

Основы сестринского дела: практикум



Под редакцией
к.м.н. Б. В. Кабарухина

Издание 17-**е, стереотипное**

Допущено Министерством образования
Российской Федерации
в качестве учебного пособия
для студентов образовательных
учреждений среднего профессионального
образования

Ростов-на-Дону
«Феникс»
2016

УДК 614(075.32)
ББК 51я723
КТК 30
О-26

Рецензент:
к. м. н., заслуженный врач Российской Федерации
Г. В. Масляева;
к. м. н. *С. М. Бортникова*

Обуховец Т. П.
О-26 Основы сестринского дела: практикум / Т. П. Обуховец. — Изд. 17-е, стер. — Ростов н/Д : Феникс, 2016. — 603 с. : ил. —
(Среднее медицинское образование).

978-5-222-26372-3

Практикум по дисциплине «Основы сестринского дела» предназначен для реализации требований Государственного образовательного стандарта к минимуму содержания, максимальной нагрузке и уровню подготовки студентов по специальностям: «Фельдшерское дело» (повышенный уровень), «Акушерское дело», «Сестринское дело».

Учебный материал поможет освоить технику и последовательность действий сестринских процедур, понять значение новых знаний в области современного метода сестринской практики — сестринского процесса с целью успешного удовлетворения потребностей пациентов в уходе.

Для средних медицинских учреждений, а также практикующих медсестер.

978-5-222-26372-3

УДК 614(075.32)
ББК 51я723

© Обуховец Т. П., 2009
© Оформление: ООО «Феникс», 2016

ВВЕДЕНИЕ

Практикум состоит из трех разделов.

В I разделе практикума «Введение в дисциплину «Основы сестринского дела» изучаются: понятие о системе здравоохранения в России, руководство и управление сестринским делом, философия и теория сестринского дела, сестринская деонтология, общение в сестринском деле, сестринская педагогика.

Занятия по данному разделу проводятся в кабинете доклинической практики. Отделения стационаров посещаются студентами с целью знакомства с устройством и основными функциями больниц, содержанием деятельности медицинской сестры, знакомством с различными видами медицинской документации.

Во II разделе «Сестринский процесс» учитываются коренные изменения в содержании сестринской деятельности, предусмотренные реформой сестринского образования.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса. Дополнительные знания в области философии, психологии человека, сестринской педагогики обеспечат повышение профессионального роста, повысят качество помощи, восстановят утраченные ценности фельдшеров, медицинских сестер, акушерок.

Понятие о сестринском процессе базируется на концептуальных моделях сестринского дела. Модель содержит ценности, взгляды на здоровье, роли, функции, задачи сестринского дела, способы определения потребностей человека в уходе, что определяет сферы сестринской деятельности. В данной теме рассматриваются этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа, значение стандартных планов ухода. Рассматриваются проблемы пациента, например, при нарушении потребности

спать. Предлагается вариант решения этой проблемы. Занятия по данному разделу проводятся в кабинете доклинической практики.

Раздел III «Манипуляционная техника» предполагает приобретение умений и навыков при выполнении различных сестринских процедур и манипуляций.

Особое внимание рекомендуется уделить овладению сестринскими процедурами; знать цели, показания, противопоказания каждой из них; уметь оценивать состояния пациентов, видеть проблемы пациента и уметь их удовлетворить. Это способствует формированию профессионального мышления, закреплению знаний, умений, навыков, выстраивая их в стройную систему ухода.

Каждый раздел содержит краткий перечень необходимых знаний и умений, контрольные вопросы, освоение которых необходимо для отработки практических навыков и умений.

РАЗДЕЛ I.
ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ «ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»



Понятие о системе здравоохранения в России. Руководство и управление сестринским делом

После изучения темы студент обязан знать:

- систему и политику здравоохранения в Российской Федерации;
- государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела;
- типы лечебно-профилактических учреждений;
- устройство и основные функции больниц;
- содержание деятельности медицинских сестер;
- виды медицинской документации.

Контрольные вопросы для самоподготовки

1. Назовите структурные уровни системы здравоохранения в Российской Федерации.
2. Перечислите приоритетные направления социальной политики в Российской Федерации.
3. Назовите государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела.
4. Перечислите лечебно-профилактические учреждения амбулаторного типа.
5. Перечислите лечебно-профилактические учреждения стационарного типа.

6. Объясните устройства больниц, типы их строительства.

7. Перечислите все объекты, входящие в состав больницы.

8. В чем состоит сущность деятельности медицинской сестры?

9. Перечислите основные виды медицинской документации стационара.

Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела

В России предусмотрена система здравоохранения с различными формами собственности: государственная, муниципальная и частная. Она решает вопросы социальной политики и имеет три уровня организации управления:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, в котором существуют управления:
   - организации медицинской помощи;
   - охраны здоровья матери и ребенка;
   - научных и образовательных медицинских учреждений;
   - кадров и др.
2. Министерство здравоохранения области (края).
3. Управление здравоохранением при администрации города.

Задачей социальной политики является достижение такого уровня здоровья, который позволит жить человеку продуктивно при максимально возможной продолжительности жизни.

Основные приоритетные направления социальной политики в области здравоохранения:

1. Разработка законов для осуществления реформ.
2. Охрана материнства и детства.
3. Реформа финансирования (медицинское страхование, использование средств различных фондов для поддержки

и лечения соответствующих категорий населения — пенсионеров, безработных и т.д.).

4. Обязательное медицинское страхование.

5. Реорганизация первичной медико-санитарной помощи.

6. Лекарственное обеспечение.

7. Подготовка кадров.

8. Информатизация здравоохранения.

Базовой основой системы здравоохранения должно быть принятие законов Российской Федерации «О Государственной системе здравоохранения», «О правах пациента» и др.

Уже сегодня формируются рынки медицинских услуг, создаются лечебно-профилактические учреждения с различными формами собственности, стационары одного дня, хосписы — учреждения паллиативной медицины, то есть такие учреждения, где помощь оказывается безнадежно больным и умирающим.

В 1995 году в России было 26 хосписов, а в 2000 году их уже больше ста.

Основные типы лечебно-профилактических учреждений

Различают два основных типа лечебно-профилактических учреждений: *амбулаторный* и *стационарный*. К учреждениям амбулаторного типа относятся: амбулатории, поликлиники, медико-санитарные части, диспансеры, консультации, станции «скорой помощи».

К учреждениям стационарного типа относятся: больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории, хосписы.

В целях повышения качества лечебной и профилактической работы с 1947 года в России проводится объединение поликлиник с амбулаториями и больницами. Такая организация работы способствует повышению квалификации

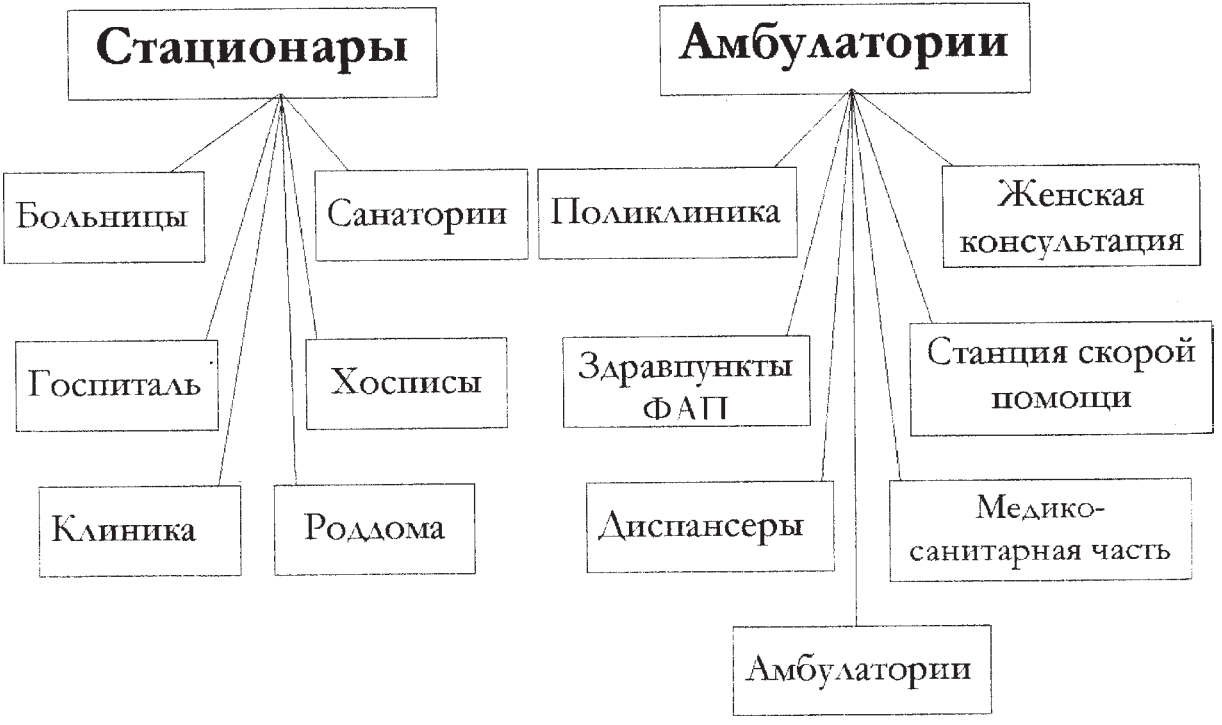


Схема 1. Основные типы лечебно-профилактических учреждений

врачей, а тем самым — и улучшению качества обслуживания населения.

Устройство и основные функции больниц

Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские больницы, которые располагаются чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные и т.д.) располагаются в зависимости от своего профиля, чаще на окраине или за городом, в озелененном районе.

Существуют три основных типа строительства больниц: *павильонный*, *централизованный* и *смешанный*.

При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие отдельные здания. Централизованный тип строительства характеризуется тем, что здания соединены крытыми надземными или подземными коридорами. Чаще всего в России строились больницы смешанного типа, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном крупном здании, а инфекционные отделения, хозяйственные постройки и т.д. располагаются в отдельных небольших зданиях.

Участок больницы делится на три зоны: здания, зона хозяйственного двора и защитная зеленая зона. Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Больница состоит из следующих объектов:

1. Стационар со специализированными отделениями и палатами.
2. Вспомогательные отделения (рентгеновский кабинет, патологоанатомическое) и лаборатории.
3. Аптеки.
4. Поликлиники.
5. Пищеблок.
6. Прачечная.
7. Административные и другие помещения.

Больницы предназначены для постоянного лечения и ухода за пациентами с определенными заболеваниями,

например, хирургическими, терапевтическими, инфекционными, психотерапевтическими и т.д.

Стационар больницы является наиболее важным структурным подразделением, куда принимают пациентов, требующих современных, сложных методов диагностики и лечения, и где оказывают лечение, уход и другие культурно-бытовые услуги.

Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные помещения и санитарный узел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностический), а также ординаторскую, сестринскую комнаты, кабинет заведующего отделением.

Оборудование и оснащение палат соответствует профилю отделения и санитарным нормам. Различают одноместные и многоместные палаты. В палате имеются кровати (обычные или функциональные), прикроватные тумбочки и столики или стол, стулья, шкаф для одежды пациента, холодильник, умывальник. Кровати ставят головным концом к стене на расстоянии одного метра между кроватями — для удобства перекладывания пациента с каталки или носилок на кровать и ухода за ним. Связь пациента с постом медицинской сестры осуществляется с помощью переговорного устройства или световой сигнализации. В специализированных отделениях стационара каждая койка обеспечена устройством для централизованной подачи кислорода и другой медицинской аппаратурой.

Освещение палат соответствует санитарным нормам (см. СанПиН 5.179-90). Оно определяется в дневное время световым коэффициентом, который равен отношению площади окон к площади пола, соответственно — 1:5–1:6. В вечернее время палаты освещаются люминесцентными лампами или лампами накаливания. Кроме общего освещения имеется и индивидуальное. В ночное время палаты освещаются ночным светильником, установленным в нише около двери на высоте 0,3 м от пола (кроме детских стационаров, где светильники устанавливаются над дверными проемами).

Вентиляция палат осуществляется с помощью приточно-вытяжной системы каналов, а также фрамуг и форточек из расчета 25 м^3 воздуха на одного человека в час. Концентрация углекислого газа в воздушной среде палаты не должна превышать 0,1%, относительная влажность 30–45%.

Температура воздуха в палатах взрослых не превышает 20 °С, для детей — 22 °С.

В отделении имеются раздаточная и столовая, обеспечивающие одновременный прием пищи 50% пациентов.

Коридор отделения должен обеспечить свободное передвижение каталок, носилок. Он служит дополнительным резервуаром воздуха в стационаре и имеет естественное и искусственное освещение.

Санитарный узел состоит из нескольких отдельных помещений, специально оборудованных и предназначенных для осуществления личной гигиены пациента (ванной комнаты, комнаты для умывания), сортировки грязного белья, хранения чистого белья, дезинфекции и хранения суден и мочеприемников, хранения уборочного инвентаря и спецодежды обслуживающего персонала.

Инфекционные отделения больниц имеют боксы, полубоксы, обычные палаты и состоят из нескольких отдельных секций, обеспечивающих функционирование отделения при установлении карантина в одной из них.

Каждое отделение имеет в установленном порядке обязательный для персонала и пациентов внутренний распорядок отделения, который обеспечивает пациентам соблюдение лечебно-охранительного режима: сон и отдых, диетическое питание, систематическое наблюдение и уход, выполнение лечебных процедур и т.д.

Примерный внутренний распорядок терапевтического отделения

6.00–7.00	Подъем, измерение температуры тела
7.00–8.00	Туалет
8.00–10.00	Завтрак

10.00–12.00	Обход врачей
12.00–14.00	Выполнение врачебных назначений
14.00–15.00	Обед
15.00–17.00	Тихий час (отдых)
17.00–18.00	Прогулки, посещения родственниками
18.00–19.00	Измерение температуры тела
19.00–20.00	Ужин
20.00–22.00	Свободное время
22.00	Отход ко сну

Содержание деятельности среднего медицинского работника

Содержание деятельности медицинских сестер составляется администрацией лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) на основании тарифно-квалификационной характеристики среднего медицинского работника с учетом конкретных особенностей работы того или иного лечебного учреждения.

К функциональным обязанностям медсестры стационара относятся следующие: соблюдение лечебно-охранительного режима отделения, своевременное выполнение врачебных назначений, уход за пациентами, помощь пациенту во время осмотра врачом, наблюдение за общим состоянием пациентов, оказание первой доврачебной помощи, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, своевременная передача экстренного извещения в ЦГСЭН (Центр Госсанэпиднадзора) об инфекционном больном, получение лекарственных средств и обеспечение их хранения и учета, а также руководство младшим медицинским персоналом отделения. Медицинские сестры обязаны систематически повышать квалификацию, посещать занятия и конференции, организуемые в отделении и лечебном учреждении.

Участковая (семейная) медицинская сестра поликлиники, работающая на приеме с врачом, помогает ему оформ-

лять различную документацию, обучает пациентов подготовке к различным процедурам, лабораторным и инструментальным исследованиям. Медицинская сестра поликлиники осуществляет работу на дому: выполняет врачебные назначения, обучает родственников необходимым элементам ухода, дает рекомендации по созданию комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его жизненно-важных физиологических потребностей, оказывает психологическую поддержку пациенту и его семье, осуществляет мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья своих пациентов.

Круг обязанностей фельдшера достаточно широк, особенно — в отсутствие врача. На фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе) фельдшер самостоятельно оказывает стационарную, консультативную, амбулаторную помощь, помощь на дому, выполняет санитарно-профилактическую работу, выписывает лекарственные средства из аптеки и т.д. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) он работает под руководством врача.

Содержание деятельности акушерки роддома и женской консультации зависит от конкретных особенностей работы. Она самостоятельно или вместе с врачом принимает роды, проводит лечебно-профилактическое обслуживание беременных, матерей и новорожденных. Она активно выявляет гинекологических больных, проводит психопрофилактическую подготовку женщин к родам, наблюдение за беременными, обеспечивает им прохождение всех необходимых исследований. Акушерка, как и медицинская сестра поликлиники, проводит большую патронажную работу, выполняет непосредственно обязанности медицинской сестры.

Для выполнения своих обязанностей фельдшер, медицинская сестра и акушерка должны обладать определенным объемом знаний и практических навыков, нести ответственность за процесс ухода и проявлять милосердие. Они совершенствуют свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту

оптимальный уход, удовлетворить физиологические потребности пациента и защитить здоровье населения.

Они участвуют в работе по ликвидации инфекционных очагов, проводят профилактические прививки, осуществляют вместе с врачом санитарный надзор детских учреждений. Средние медицинские работники, имеющие специальную подготовку, могут работать в рентгенологических, физиотерапевтических и других специализированных отделениях и кабинетах.

За присвоение функций, на которые они не имеют права, средние медицинские работники несут дисциплинарную или уголовную ответственность.

История сестринского дела

После изучения темы студент обязан знать:

- историю создания и задачи Всемирной организации здравоохранения, Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца;
- историю и задачи международного сотрудничества в области сестринского дела;
- заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле;
- историю создания и задачи сестринских общин в России;
- примеры самоотверженности и героизма русских сестер милосердия;
- предпосылки, сущность и основные направления реформ сестринского дела в России (Голицыно, 1993 г.);
- знать историю и задачи Ассоциации российских медицинских сестер.

Студент должен уметь:

- объяснить решения I международной конференции по реформе сестринского дела в России (Голицыно, 1993 г.);
- пользоваться периодическими печатными изданиями для сестринского персонала в России.

Контрольные вопросы для самоподготовки

1. Кто впервые дал научное определение сестринского дела?
2. Когда возникло сестринское дело в России?
3. В чем заключаются основные задачи Всемирной организации здравоохранения?
4. Назовите дату создания Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.
5. Перечислите основные направления реформирования сестринского дела в России.
6. Расскажите о задачах Ассоциации медицинских сестер России.

Данная тема в достаточном объеме изложена в учебном пособии для студентов медицинских колледжей и училищ «Теоретические основы сестринского дела» С.А. Мухиной и И.И. Тарновской (часть 1), однако некоторые аспекты данной темы необходимо кратко изложить в данном Практикуме.

История служения больным и раненым исходит к ранним векам христианства. Считается, что сестринское дело в России началось в 1803 году, в эпоху Петра I. Была создана служба «сердобольных вдов» при воспитательных домах Петербурга и Москвы, предшественниц сестер милосердия. Первое руководство по уходу за больными (учебник Х. Опеля, первого организатора службы сестринской помощи в России) на русском языке вышло в свет в 1822 году. В этом руководстве впервые рассматривались основы деонтологии, описывались требования к нравственным качествам ухаживающего персонала.

В 1844 году в Санкт-Петербурге была основана первая в России Свято-Троицкая община сестер милосердия. Здесь не только ухаживали, воспитывали, но и обучали (Е.В. Кинг, Т.И. Седердом и др.) сестер милосердия основным гигиеническим правилам ухода за больными, а также некоторым лечебным процедурам. *«Если сестра удовлетворяет своему назначению*, — писал историограф общины в

1864 году, — *она есть друг его семьи, она облегчает физические страдания, она же успокаивает порой и душевные муки, она нередко посвящается больным в самые интимные его заботы и скорби, она записывает его предсмертные распоряжения, напутствует его в вечность, принимает его последний вдох. Сколько нужно для этого терпения, находчивости, скромности, твердой веры и горячей любви. Есть глубокий смысл в требовании безвозмездности труда сестры милосердия, ибо за оказание ею услуг нет и не может быть земной платы».*

Сестры милосердия принимали участие во всех событиях, связанных с военными действиями. Примером героизма и самоотверженности во время Крымской войны (1853–1856 гг.) является Даша Севастопольская (Михайлова), первая российская сестра милосердия, безвозмездно помогавшая страдальцам, применявшая для перевязки ран обычный уксус как средство дезинфекции.

Даша Севастопольская была сиротой, ее отец погиб на войне, в битве при Синопе, а мать умерла. Она продала свое наследство, переоделась юнгой и отправилась на войну. Никто не узнавал в ней девушки. Государь наградил ее золотой медалью «За усердие», велел великим князьям целовать ее, подарил пятьсот рублей, и обещал еще тысячу, когда она выйдет замуж, и обещание свое сдержал.

В общину принимались согласно Уставу вдовы и девицы 20–40 лет всех сословий и вероисповедания, но с 1855 года — только православные. Всем поступившим давался годичный испытательный срок, затем проходила церемония принятия в сестры милосердия в торжественной обстановке. После литургии, совершенной митрополитом Санкт-Петербургским, на каждую принимаемую в сестры возлагался золотой крест с изображением на одной стороне Пресвятой Богородицы и надписью «Всех скорбящих радость», а на другой — с надписью «Милосердие». Принимаемая в сестры произносила присягу, в которой были следующие слова: *«...буду тщательно наблюдать всё, что по наставлению врачей будет полезным и нужным для*

восстановления здоровья вверенных моему попечению болящих; всё же вредное для них и запрещенное врачами всемерно удалять от них».

По Уставу сестры милосердия не должны были иметь ни собственной одежды, ни мебели, ни собственных денег. *«Все, что может за свои услуги сестра получить подарками или деньгами,* — говорилось в Уставе, — *принадлежит общине. Если имелись нарушения, сестра исключалась из общины по Уставу, но в истории общины не было такого случая».*

Сестры милосердия принимали участие в русско-турецкой войне (миссия Красного Креста в Яссах, 1877–1878 гг.), в Русско-японской войне (1904–1905 гг.), Первой мировой войне (1914–1918 гг.).

Расцвет христианской женской медицинской помощи связан с образованием в 1854 году Крести-Воздвиженской общины, организованной сестрой Николая I — Великой княгиней Еленой Павловной. Во время Крымской войны (1853–1856 гг.) эта община попала в непосредственное подчинение Н. И. Пирогову, который оценил способности таких сестер милосердия, как Е. Карцева, В. Щедрина, А. Стахович, Е. Меркулова, Е. Бакунина.

Н. И. Пирогов внес понятие о специализации в работе сестер общины: появились «хозяйки», «аптекарши», перевязочные и операционные сестры, появилось понятие «старшая медсестра» вместо должности «главной начальницы».

Он отстоял идею введения женского труда в госпиталях (до этого уход осуществляли в большей степени мужчины).

Н. И. Пирогов назначил Е. Бакунину старшей медсестрой Крести-Воздвиженской общины. Она была твердо убеждена, что не религиозные, а моральные принципы важны в уходе за больными и ранеными. С ней не была согласна Великая княгиня Елена Павловна, и Е. Бакуниной пришлось расстаться в 1860 году с вышеуказанной общиной, которая в дальнейшем стала прообразом

Российского Общества Красного Креста (РОКК), созданного в Петербурге в 1867 году (его первоначальное название — Российское общество попечения о раненых и больных воинах, переименованное в РОКК в 1876 году).

Е. М. Бакунина считается родоначальницей сестринской службы и сельской медицины в России.

Основные принципы формирования общин сестер милосердия были сформулированы только к 70-м годам XIX столетия.

Общины имели свой устав, утвержденный местным архиереем. В них принимались физически здоровые и нравственно безупречные женщины в возрасте 20–45 лет. Престарелым сестрам обеспечивался пожизненный должный уход.

Среди крупных общин можно назвать Покровскую общину в Москве (1872), Иверскую, Александровскую и Марфо-Мариинскую (основатель — княгиня Елизавета Федоровна-преподобномученица, впоследствии канонизирована Русской православной церковью).

После революции в России существовало 109 общин и около 10 000 сестер милосердия.

Основоположницей сестринского дела в мире является Флоренс Найтингейл (1820–1910), английская сестра милосердия, итальянка по происхождению (г. Флоренция), получившая образование в Германии в школе медсестер, основанной Ф. Флендером в 1836 году. Флоренс Найтингейл в 20 лет решила стать сестрой милосердия, но женщины ее круга не могли думать о профессии сестры, и только в 33 года она осуществила свою мечту. Работая в больнице, она понимала, что необходима школа для подготовки сестер.

Во время Крымской войны, которую вела Россия с Англией, Францией, Италией и Турцией в течение двух лет, Флоренс Найтингейл вместе с 38 сестрами работала в Скутари, в Турции, в бараке, где находилось 2 300 раненых и больных. Выхаживая их, она добилась снижения смертности с 42 до 2%.

После Крымской войны за свои деньги Ф. Найтингейл в 1856 году поставила на высокой горе под Балаклавой, в Крыму, большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и сестрах.

26 июня 1860 года была открыта Найтингейльская испытательная школа для сестер милосердия при больнице святого Фомы в Лондоне. По окончании ее сестры давали клятву Ф. Найтингейл.

В своих «Записках об уходе» Ф. Найтингейл дала определение сестринского дела, показала его отличие от врачебного дела. Она создала модель сестринского дела, то есть теорию, которую преподавали в первых сестринских школах Европы и Америки. Имя Ф. Найтингейл стало символом милосердия.

Каждые два года Международный комитет Красного Креста присуждает в день ее рождения (12 мая) 50 медалей ее имени. Это — высшая награда для медицинских сестер, активистов Красного Креста. В положении об этой медали говорится, что дается она *«не для увенчания карьеры, а для того, чтобы отметить выдающиеся действия и признать исключительно моральные качества награждаемых»*. В настоящее время эту медаль имеет около 1 000 человек.

В 1863 году в Швейцарии организован Международный комитет помощи раненым, который в 1876 году впоследствии переименован в Международный комитет Красного Креста. В этом же году возник и Российский комитет Красного Креста.

Международный комитет Красного Креста (МККК) — это частное независимое швейцарское объединение, но по характеру своей миссии, закрепленной в Женевских конвенциях, является международной организацией. Его штаб-квартира находится в Женеве.

Сегодня, помимо МККК, существуют национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

За свою деятельность МККК был удостоен четырех Нобелевских премий. Анри Дюнан, основатель МККК, получил первую Нобелевскую премию мира. За период с 1919–1944 гг. МККК награждался за гуманитарную деятельность в период мировых войн, а в 1963 году вместе с Лигой общества Красного Креста и Красного Полумесяца — к столетнему юбилею движения. В качестве отличительного знака был выбран швейцарский флаг на белом фоне, в дальнейшем появился красный крест на белом фоне, как негатив швейцарского флага.

Общество Красный Полумесяц является мусульманским аналогом Красного Креста. Представители других религий отнеслись к этой проблеме спокойно, никого из них не возмущала эмблема с христианским символом. Существует и другая эмблема — Красный Крест на белом фоне и вывернутый наизнанку полумесяц. Это эмблема Международной федерации, созданной в 1919 году по инициативе Англии, Франции и США, в ней работают представители всех стран мира (раньше она называлась Лигой обществ Красного Креста и Красного Полумесяца). Федерация работает очень оперативно, на добровольных началах, особенно во время стихийных бедствий или вооруженных конфликтов. Зар-плату получают только «штатные единицы» — командир отряда и его заместители.

Общество Красного Креста после революции претерпело ликвидацию, признание в 1921 году и возрождение в 1925 году.

В 1938 году имущество Красного Креста было передано различным наркоматам.

Тем не менее деятельность общества в тридцатые годы была кипучей. Появились отряды ГСО (готов к санитарной обороне) для взрослых и БГСО (будь готов к санитарной обороне) — для детей. Возникли санитарные дружины, санпосты, население обучалось элементам ухода, оказанию доврачебной помощи. Сегодня население тоже нуждается в медицинских знаниях и не хочет ограничиваться только вызовом «скорой помощи».

Философия и теория сестринского дела

После изучения темы студент должен:

• ознакомиться с Этическим кодексом медицинской сестры России и его значением для сестринской практики;

• знать основные понятия философии сестринского дела;

• знать определение сестринского дела, его цели и задачи;

• знать основные принципы сестринской деонтологии, изложенные в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе медицинской сестры России;

• уметь объяснить основные термины и понятия;

• уметь перечислить и понимать содержание основных понятий и терминов сестринской философии (обязанности, ценности, добродетели);

• понимать историческую необходимость возникновения сестринской философии;

• понимать, что означает уход с точки зрения этики;

• понимать сущность философии сестринского дела.

Контрольные вопросы для самоподготовки

1. Где проходила Первая международная конференция по реформе сестринского дела в России?

2. Какой программный документ был принят в Голицыно в августе 1993 года?

3. Кто является лидером сестринского дела в России в настоящее время?

4. Перечислите основные понятия сестринского дела.

5. Что является этическими компонентами философии сестринского дела?

6. Кто является основоположником деонтологических принципов в медицине?

7. Дайте характеристику основному принципу философии сестринского дела.

8. Чем является Этический кодекс медицинской сестры России?

9. Когда был принят Этический кодекс медицинской сестры России?

10. Чем отличается подход медицинской сестры к этическим аспектам от подхода врача?

Философия (от греческого — *люблю и мудрость, любовь к мудрости*) — это форма духовной деятельности человека, в которой находят свое отражение вопросы целостной картины мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия. Другие философские категории (причина, сущность и т.д.), без которых не может обойтись ни одна наука.

Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, которые уточнялись, развивались, обсуждались. Они обсуждаются и сейчас. Возникла необходимость нового качества знаний медсестры.

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, состоявшейся 27 июля — 14 августа 1993 года в Голицыно, вводятся новые термины и понятия в сестринское дело. Согласно международной договоренности философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях:

1. *Пациент*.
2. *Сестра, сестринское дело*.
3. *Окружающая среда*.
4. *Здоровье*.

Пациент — человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его.

Сестра — специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу.

Сестринское дело — часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем; наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Окружающая среда — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации, средство жизни.

Основными принципами философии сестринского дела являются: уважение к жизни, достоинству, правам человека. Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества.

Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издания законодательных актов.

Сущностью современной модели сестринского дела как научной теории является обоснование различных подходов к содержанию и оказанию сестринской помощи.

В профессиональный лексикон вошло понятие «сестринский процесс», под которым понимают системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

Такой подход родился в США в середине 50-х годов, а в Великобритании официально принят в 80-е годы XX в., целью которого является стремление к облегчению, ликвидации, предупреждению проблем, возникающих у пациента из-за изменения состояния здоровья.

В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования в России. Создается теоретическая научная база сестринской помощи. Через сестринский процесс медсестра должна обрести профессиональную независимость и самостоятельность, быть не просто исполнителем воли врача, а превратиться в творческого человека, умеющего понимать и видеть в каждом пациенте личность, его внутренний духовный мир.

Российское здравоохранение остро нуждается в медсестрах, владеющих современной философией сестринского дела, знающих психологию человека, способных к педагогической деятельности.

Сущность философии сестринского дела в том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы, общения с пациентом.

Сестра, разделяющая принятую философию, принимает на себя следующие этические обязанности (правильно или неправильно мы поступаем): говорить правду; делать добро; не причинять вреда; уважать обязательства других; держать слово; быть преданной; уважать право пациента на самостоятельность.

Согласно теории сестринской философии, цели, к которым стремится сестра, то есть результаты ее деятельности, называются *этическими ценностями* (идеалами). Это — профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Философия сестринского дела отражает и личные качества медсестры, которыми она должна обладать, — добродетели, определяющие, что является добром, а что, злом: знание, умение, сострадание, терпение, целеустремленность, милосердие.

Этические принципы определяют Этические кодексы медсестры в каждой из стран, в том числе — и в России, и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры.

Сестринская деонтология

Сестринская деонтология — наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.

Наш соотечественник А.П. Чехов писал: «*Профессия медика — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это*».

Медицинскому работнику доверяется самое дорогое — жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответственность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством в целом. К сожалению, и сейчас встречаются случаи безответственного отношения к пациенту, стремление снять с себя ответственность за него, найти предлог, чтобы переложить ответственность на другого, и т.д. Все эти явления недопустимы. Надо помнить: интересы пациента превыше всего.

Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и по-сестрински оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента. Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость.

Культуру поведения медицинского работника можно разделить на два вида:

1. *Внутренняя культура.* Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности.

2. *Внешняя культура.* Приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т.п.

Основными качествами медицинского работника, причем качествами именно его внутренней культуры, являются:

Скромность — простота, безыскусственность, которые свидетельствуют о красоте человека, его силе.

Справедливость — самая высокая добродетель медицинского работника. Справедливость является основой его внутренних побуждений. Цицерон говорил о двух началах справедливости — это: *«Никому не вредить и приносить пользу обществу»*.

Честность — должна соответствовать всем делам медицинского работника. Она должна стать основой его повседневных помыслов и стремлений.

Доброта — неотъемлемое качество внутренней культуры хорошего человека.

Хороший человек — это прежде всего такой человек, который относится благожелательно к окружающим его людям, понимает и горести и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает словом и делом.

Что же такое внешняя культура медицинского работника?

Прежде всего:

1. *Внешний вид.* Основное требование к одежде медика — чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие сменной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медицинского работника, степень его заботы, внимания к пациенту. *«Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных»* (Гиппократ).

> **Помните!** Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Не будет доверия у пациента к медицинскому работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно.

2. *Культура речи* является второй составной частью внешней культуры. Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой, эмоциональной, отличаться вежливостью. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: «бабулька», «голубушка» и т.д. Нередко приходится слышать, как о пациенте говорят: «диабетик», «язвенник», «астматик» и т. д.

Иногда речь медицинских работников насыщена модными, жаргонными словами, примитивна, и пациент не проникается доверием к ним. Такие издержки речевой культуры медицинских работников как бы отгораживают его от пациента, отодвигают на задний план личность пациента, его индивидуальность, а у пациента вызывают негативную реакцию.

Основными принципами сестринской этики и деонтологии, изложенными в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе Международного совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинской сестры России являются:

1. *Гуманность и милосердие, любовь и забота.*
2. *Сострадание.*
3. *Доброжелательность.*
4. *Бескорыстие.*
5. *Трудолюбие.*
6. *Учтивость и др.*

Сестринское дело, его цели и задачи

Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сегодня сестринское дело — это наука и искусство ухода за пациентом, направленное на решение проблем пациента. Сестринское дело как наука имеет свои теории и методы, которые являются концептуальными и используются с целью удовлетворения потребностей пациента.

Как наука сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике. Раньше сестринское дело заимствовало знания у медицины, психологии, социологии, культурологии. Сейчас к ним прибавляются новые разделы (теория и философия сестринского дела, менеджмент, лидерство в сестринском деле, маркетинг сестринских услуг, сестринская педагогика, общение в сестринском деле), создается уникальная, особенная структура знаний в сестринской области.

Искусство и научный подход проявляются в общении с пациентом и персоналом, в умении эффективно строить сестринский процесс. Являясь искусством и наукой, сестринское дело в настоящее время ставит перед собой следующие задачи:

- разъяснять населению назначение и важность сестринского дела;

• привлекать, развивать и эффективно использовать сестринский потенциал для расширения профессиональных обязанностей и удовлетворения потребностей населения в сестринских услугах;

• вырабатывать у медсестер определенный стиль мышления по отношению к людям, здоровью и окружающей среде;

• обучать медсестер культуре общения с пациентами, членами их семей, коллегами, учитывая этические, эстетические и деонтологические аспекты поведения;

• разрабатывать и внедрять новые технологии сестринской помощи;

• обеспечивать высокий уровень медицинской информации;

• создавать эффективные стандарты качества сестринской помощи;

• проводить научно-исследовательскую работу в области сестринского дела.

Известно, что роль и задачи медсестры определяются историческими, социальными и культурными факторами, а также общим уровнем состояния здоровья того или иного общества.

Для выполнения поставленных задач, утверждения сестринского дела как профессии необходимо иметь:

1. Научно обоснованную стратегию развития сестринской практики.

2. Единую терминологию как инструмент для стандартизации профессионального языка медсестер.

Общение в сестринском деле

После изучения темы студент должен знать:

• общение как эффективное средство помощи людям в адаптации к жизни в связи с изменением состояния здоровья;

• уровни общения;

• терапевтические и нетерапевтические средства общения;

• факторы, способствующие и препятствующие общению;

• два типа общения: словесный (вербальный) и бессловесный (невербальный);

• ясность, краткость речи, ее темп, громкость;

• словарный состав;

• расчет времени;

• способы поддержания связи с пациентом, не способным к вербальному общению;

• принципы самоконтроля медицинской сестры при бессловесном (невербальном) общении;

• мастерство общения медицинской сестры.

уметь:

• владеть техникой профессионального общения.

Общение — это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной) информации.

В последние годы в науке используется вместо слова «общение» термин «коммуникация».

Вербальная информация отражается в высказываниях или написанных (письмо) чувствах, мыслях, наблюдениях. Невербальная информация отражает поступки или поведение того, кто передает информацию без использования речи или написания (письма).

Основой для коммуникации служат такие факторы, как сопереживание, уважение и искренность, облегчающие взаимное общение. Целью процесса понимания для медсестер гуманистического склада является изучение тайны, которой остается пациент. В результате такого изучения, а не «разгадки», можно больше узнать одновременно обо всех, кто окружает пациента, и о самом себе.

Общение в сестринском деле — это процесс, порождаемый потребностями совместной деятельности пациента и медицинской сестры, искусство воздействия на личность пациента с целью адаптации (приспособления) к изменениям в жизни в связи с изменениями состояния здоровья.

Навыки общения в сестринском деле требуют специальных знаний и умений, потому что медицинской сестре необходимо учитывать состояние здоровья пациента, его физическое и психическое состояние.

Для оказания максимальной помощи и поддержки пациента медсестре необходимы коммуникативные и профессиональные знания, умение слушать, задавать вопросы, сопереживать, проявлять внимание и заботу.

Общение с пациентом и всеми, кто участвует в уходе, требует понимания, уважения и веры в выздоровление. Уникальность сестринского общения состоит в том, что пациент должен верить в доброту и силу, способность медсестры руководить процессом адаптации.

Уровни общения

Психология чаще всего выделяет три уровня общения.

На первом уровне общения (коммуникации) происходят передача и принятие информации. Непосредственной связи с совместной деятельностью на этом уровне нет. Общение на первом уровне требует определенных правил, традиций, принятых норм.

На втором уровне коммуникация приобретает открыто взаимный характер, где она представляет собой взаимную передачу информации и принятие решений: общение на определенную тему по решению общей задачи. Коммуникация может принимать характер информирования, спрашивания, обучения, инструктажа, приказания и т. д., обеспечивая слаженность совместной работы.

Обмен информацией подчинен здесь совместному решению задачи — получению нужных сведений (в процессе

обследования пациента), усвоению учебного материала в процессе обучения и т.д. Такое обучение может закончиться в один сеанс или потребует несколько встреч.

На третьем уровне выступает то, что для общения (коммуникации) наиболее существенно, а именно: стремление понять друг друга, прислушаться к мнению других, даже когда с ним не соглашаются.

Средства общения

К вербальным средствам общения относится речь, которая одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника. Не следует забывать слова древнего поэта Саади: *«Умен ты или глуп, велик ты или мал, не знаем мы, пока ты слова не сказал»*.

Медицинская сестра должна уметь разбираться в манере говорить и оценивать ее. Манера говорить может отражать индивидуальные особенности пациента, его темперамент. Речь громкая должна нацелить медсестру на мысли о нарушенном слухе пациента. Медицинская сестра должна знать, что манера говорить может зависеть от патологии сознания, мышления, речесоматических и психоневрологических заболеваний. Например, при одышке пациент говорит обрывками фраз, тяжело, при патологии сознания (галлюцинации, сопор, кома), некоторых соматических заболеваниях пациент не отвечает на поставленные вопросы (неадекватная реакция пациента).

Различают речь быструю, медленную, запинающуюся, эмоциональную, монотонную, громкую, шепотную, невнятную, с обеднением словарного запаса.

В норме считается, что манера говорить должна быть плавной, спокойной, размеренной.

Речь человека раскрывает направленность личности — ее интересы, потребности, убеждения и относится к явлениям его духовной культуры. Речь является сильнейшим

средством общения, средством воздействия на человека: «Слово лечит — слово ранит». С помощью речи медсестра дает советы и инструкции, воздействует на эмоциональное состояние пациента, а через него — на деятельность внутренних органов.

Чтобы пользоваться словом — надо знать психологию речи, помнить о разящей и исцеляющей силе слова, не забывать о самоконтроле.

Используя речь как терапевтическое средство общения, медсестра применяет элементы психотерапии: разъяснение, убеждение и т.д.

Практически в каждой беседе с пациентом медсестра пытается исправить ошибочное суждение пациента, порожденное неправильной оценкой его болезненного состояния. Цель таких бесед можно считать достигнутой, если пациент приобрел уверенность в себе, веру в выздоровление.

Исследования показывают, что в ежедневном акте коммуникации человека слова составляют 7%, звуки и интонации — 38%, неречевое взаимодействие — 53%.

К невербальным средствам общения относятся внешние проявления человеческих чувств и эмоций.

Неречевое общение. Слова, которыми мы пользуемся, произносятся на фоне невербальных средств коммуникации. Это знаки и символы, придающие значение словам, которые мы слышим.

Таким образом, передаются настроение, характер и отношение: *«Важно не только то, что ты говоришь, а как ты говоришь»*.

Зрительный контакт, выражение лица, поза и положение в значительной степени показывают наши мысли и чувства. Считается, что невербальная коммуникация в четыре раза сильнее, чем вербальная.

Думая о невербальной коммуникации, всегда полезно помнить одно правило: что-то всегда происходит. Невербальные сигналы говорят больше, чем слова. Медсестра должна следить, не расходятся ли слова с этими сигналами.

Мимика — движения мышц лица. *Жестика* — моторика всего тела, которая проявляется в изменениях поз, походки, осанки, своеобразных движений рук, а также других невербальных средств общения, таких как прикосновения: рукопожатия, поцелуи, дотрагивания, поглаживания, отталкивания и др.

Мимика отражает внутреннее эмоциональное состояние и несет более 70% информации о том, что переживает человек.

Жесты позволяют лучше разбираться в людях.

Выражение лица отражает психическое состояние человека. Наблюдая за внешним видом пациента, медсестра описывает выражение лица: злобное, испуганное, апатичное, растерянное и др. В норме выражение лица спокойное, уравновешенное.

Через мимику, жесты, зрительный контакт, тон голоса, позу, движения и выражение лица медсестра должна уметь расшифровывать информацию о мыслях, чувствах, отношении пациента к окружению, поддерживать связь с пациентами, не способными к вербальному общению.

Мастерство общения медсестры

Компоненты, способствующие умению слушать и понимать.

Участие. Истинное значение участия — это внимание к чувствам другого человека, приятие, интерес. Участия нельзя добиться сразу, для его развития требуется время.

Умение слушать означает открытость миру, мыслям и чувствам других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Это активные, сознательные усилия по формированию участия, а не простое пассивное восприятие.

Для понимания смысла произносимых слов требуются сосредоточенность, отсутствие предубежденности, заинтересованность. Понимание другого человека включает понимание его точки зрения.

Сосредоточить внимание — значит подавить собственные предрассудки, предубеждения, чувство озабоченности и любые иные внутренние или внешние факторы.

Медсестра, умеющая слушать, легче распознает потребности пациента; она не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся «темы» в высказываниях пациента.

Проявление беспокойства о другом человеке означает оказание помощи и содействие в самореализации. Общение между медсестрой и пациентом, а также всех, кто участвует в сестринском процессе, должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие, надежду и мужество.

Открытость — это раскрытие своего внутреннего «Я» другому человеку; оно предполагает взаимность. Открытость, самораскрытие являются обязательным условием для общения и осуществления различных терапевтических процедур в процессе лечения.

Открытые взаимоотношения предполагают приятие, сопереживание, участие в процессе общения. Приятие сродни прощению: медсестра взвешивает поведение другого человека, принимает во внимание положительные и отрицательные факторы этого поведения, сознательно не придает значения отрицательным факторам, а на положительные факторы поведения, способствующие развитию стремления к здоровью, заостряет внимание, но не навязывает ему направления, в котором они должны развиваться; вместо этого она позволяет собеседнику определять характер общения, реакцию и всё, что имеет значение для такой реакции. Принимая пациента, сестра как бы позволяет ему принять самого себя.

Открытые взаимоотношения предполагают и сопереживание, то есть способность точно воспринимать внутреннее состояние другого человека, его ценностную ориентацию.

Сопереживающая сестра является отражением пациента, демонстрируя чувство присутствия.

В атмосфере взаимопонимания пациенту легче найти себя, найти новые ценности в процессе адаптации, более правильные и положительные.

Искренность является необходимым условием для установления доверительных отношений. Искренность означает, что общение гармонично. Искренний или гармоничный человек — это тот, кто понимает свои внутренние чувства и мысли и правильно их выражает, как словесно, так и в иной форме.

Искренность способствует возникновению и поддержанию доверия к самому себе, а также между собой и другими, перерастающему в свободное и открытое общение.

Уважение подразумевает теплоту, расположение и принятие другого человека как достойную личность, невзирая на ее недостатки. Ощущение того, что тебя уважают, необходимо для развития и поддержания здоровья.

Все компоненты эффективной коммуникации создают благоприятную атмосферу для понимания. Они служат основой для умения слушать и понимать.

Зная эти компоненты, медсестра сможет понять ряд важных аспектов сестринского общения, которые необходимо учитывать для создания соответствующих условий проведения сестринского процесса. Они помогут пациенту доверить сестре частную информацию.

Десять «да» терапевтического общения

1. Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».

2. Начинайте беседу с указания вашего имени-отчества и должности.

3. Смотрите пациенту в глаза, улыбайтесь; если пациент лежит, присядьте на стул, стоящий рядом.

4. Обеспечьте конфиденциальность вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.

5. Поощряйте вопросы вашего пациента.

6. Говорите неторопливо, доходчиво, пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса.

7. Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.

8. Проявляйте мастерство общения медицинской сестры с пациентом.

9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом.

10. Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания, доверия.

Примеры проблем пациента, связанные с нарушением удовлетворения потребности общаться

Проблема пациента: нежелание общаться с окружающими.

I этап. Оценка ситуации.

Чтобы оценить ситуацию, медсестре необходимы *знания о потребности*:

– Нарушение потребности общаться может быть вызвано нежеланием общаться с медицинским персоналом, родственниками, соседями по палате, нежеланием слушать радио, читать книги.

– Удовлетворяя потребность общаться, человек преодолевает это, так как он является существом общественным и ему необходимо общение для нормальной жизнедеятельности. Это общение как духовное, так и физическое.

– К духовному общению относятся: вербальное и невербальное общение, чтение, музыка, телевидение и радио, а также религия. К физическому — сексуальные отношения.

Обследуя пациента, медсестре *необходимо знать факторы риска*, влияющие на потребность общаться:

– возраст;
– недостаточное зрение, слух, качество речи;
– отсутствие отдыха в течение дня;
– одиночество;
– плохие семейные отношения;
– душный воздух;
– несвоевременность медицинской помощи, ее низкое качество;
– громкая музыка;
– стрессовые ситуации;
– профессия, доход;
– использование компьютера и т. п.

Пациент будет высказывать пожелания встретиться или нежелание общаться с окружающими его людьми или родственниками. Возможно, он будет настаивать на создании тишины, одиночества и т. п.

При объективном обследовании *медсестра обратит внимание*:

– на внешний вид пациента (утомленность, усталость);
– выражение лица (жалкая мимика, потухший взгляд);
– нарушение слуха;
– нарушение зрения;
– нарушение речи;
– нарушение двигательной активности;
– интеллекта и т. п.;

• оценит психическое состояние пациента, его поведение, сделает вывод об эмоциональном статусе пациента: замкнут или общителен, снижена ли познавательная способность или нет, отстает ли в развитии и т. п.

Психологическая диагностика тесно связана с социальным статусом пациента. От социальных факторов зависит и психологическое, и духовное состояние пациента, которое может явиться причиной нарушения потребности общаться.

II этап. Сестринское диагностирование.

Обсуждая вместе с пациентом и членами его семьи результаты оценки, медсестра выяснит, каким образом проблемы с общением влияют на остальные потребности.

Медсестре необходимо помнить, что эффективность общения пациента с персоналом больницы зависит от трех факторов:

- изменения состояния зависимости пациента от окружающих;
- изменения окружающей среды и привычного ритма жизни;
- уровня боли.

Далее сформулируйте сестринские диагнозы.

Некоторые примеры возможных сестринских диагнозов:

1. Нарушена способность общаться из-за утраты невербального общения (парез мышц лица при гемиплегии).
2. Нарушена способность общаться из-за утраты зрения (слуха).
3. Нарушена способность общаться из-за нежелания подчиняться медицинским работникам и т. д.

После формулирования всех сестринских диагнозов медсестра устанавливает их приоритетность, опираясь на мнение пациента о первоочередности оказания помощи пациенту.

III этап. Планирование сестринского ухода.

1. Сформулируйте цели (краткосрочные и долгосрочные) по приоритетной проблеме пациента, связанной с нарушением способности общаться.

Примеры некоторых целей:

- краткосрочных: пациент будет эффективно общаться;
- долгосрочных: у пациента будет нормальный сон к моменту выписки.

2. Составьте план сестринских вмешательств.

Пример планирования:

1. Медсестра сообщит врачу о нарушении способности общаться с пациентом.
2. Медсестра предоставит пациенту фактическую информацию для уменьшения состояния беспокойства.

3. Медсестра установит наблюдение за соблюдением режима активности пациента. Она создаст оптимальные условия для духовного общения: тишину и покой в палате, проветрит помещение после посещения пациента родственниками.

4. Медсестра обучит и даст советы (рекомендации) пациенту и его родственникам для изменения их поведения во время стрессовых ситуаций, научит эффективному общению, определит потенциальные возможности в общении.

IV этап. Реализация плана.

Медицинская сестра в силу своей компетенции осуществляет сестринские вмешательства и фиксирует сестринский процесс в карте сестринского наблюдения, где указывается время выполнения каждого действия, реакцию пациента на данное действие.

V этап. Оценка эффективности ухода.

Проводится оценка реакций пациента на каждое действие, коррекция плана — в том случае, если цели не достигаются.

Проводится итоговая оценка ухода, например: цель достигнута, план выполнен полностью, пациент научился эффективному общению, персонал понимает способы общения с пациентом, правильно реагирует на его потребности и предугадывает их.

Общие принципы умения эффективно слушать

1. Перестаньте говорить, сосредоточьте внимание на пациенте, не прерывайте его.

2. Устраните отвлекающие факторы: отвлекать могут телефонные звонки, другие люди, шум.

3. Смотрите на говорящего. Дайте человеку понять, что вас интересует то, что он говорит. Будьте максимально внимательны и проявляйте участие.

4. Старайтесь уловить основную идею. Уловите тему беседы, а не ее детали.

5. Вслушивайтесь, как подается суть. Обратите внимание и на то, как говорится. Оцените эмоциональные реакции

и чувства. Спросите себя, как этот человек воспринимает ситуацию.

6. Отделяйте человека от идеи. Мы более положительно реагируем на мысли людей, которых любим, чем тех, к кому равнодушны. Старайтесь правильно воспринимать то, что говорится.

7. Уловите то, о чем пациент избегает говорить. Спросите себя, не опустил ли этот пациент в своем рассказе какую-нибудь существенную часть, скрывает ли пациент свои чувства или человека, который играет важную роль в его жизни.

8. Отделите эмоции от реакции. Избегайте гнева и печали, сильных эмоций, которые могут мешать внимательно слушать и понимать.

9. Будьте осторожны с интерпретациями. Не судите и не предполагайте поспешно. Старайтесь уловить факты.

10. Уважайте пациента как человека. Проявляйте искреннее уважение, интерес и заботу.

11. Сопереживайте. Поставьте себя на место другого человека, чтобы понять его поступки. Это поможет вам увидеть мир таким, каким его видит он.

Факторы, способствующие общению

Оказывая помощь пациентам, медсестре необходимо использовать целый арсенал личных качеств и навыков, приемов и методов общения для установления доверия с пациентом и членами его семьи с целью поиска эффективного решения проблем пациента.

Эти личные качества значительно облегчают общение и решение проблем пациента.

К личным качествам медсестры, оказывающей помощь, относятся: сопереживание, искренность, проявление заботы, уважения.

Обладая этими качествами, медсестра должна установить доверительные взаимоотношения. К ним относятся:

целенаправленная беседа, доверие и контакт, создание условий для самовыражения.

Целенаправленная беседа ориентирована на определенную цель. Она считается критерием умелого общения, помогает пациенту освободиться от напряжения и волнения. Условия, создаваемые медсестрой, обеспечивают конфиденциальность и создают ощущение поддержки.

Доверие и контакт — это очень важные элементы. Они возникают, если пациент убежден в искренности намерений медсестры, ее тёплом и непредвзятом отношении к нему. С доверием связана конфиденциальность.

Создание условий для самовыражения: медсестра с помощью целенаправленной беседы предоставляет пациенту возможность самовыражения. Необходимо создать такие условия, которые позволят пациенту мыслить, чувствовать или решать свои проблемы самостоятельно, помочь пациенту выразить себя и сохранить инициативу.

К факторам, способствующим общению, относятся и навыки по оказанию помощи, которые могут помочь пациенту разобраться в своих проблемах и рассказать о них.

Рассмотрим наиболее существенные из них:

- навыки общения;
- навыки реагирования и постановки вопросов;
- навыки планирования целей;
- навыки моделирования, демонстрации с целью обучения пациента;
- консультирование, практические занятия с целью овладения новыми навыками.

К другим полезным навыкам, которые помогут пациенту разобраться в своих проблемах и рассказать о них, относятся:

- *конфронтация* (например, когда пациент думает, что он никому не нужен, а медсестра, установив хорошие отношения с родственниками, проявляющими заботу о пациенте, убеждает пациента в обратном);
- *поддержка* (например, серьезные проблемы, осложнившие состояние пациента, но когда он убеждается, что

вины врача в этом нет, его чувства могут прийти в полное смятение, и здесь очень важную роль играет медсестра, проявляющая сопереживание, понимание и поддержку);

• *молчание* (например, смерть близкого человека вызывает у пациента сильные эмоции, слезы. В этом случае лучше помолчать и просто «быть рядом» с пациентом);

• *прикосновение* (например, задержать руку на плече пациента, когда ему трудно, показывая, что медсестра понимает всю трудность ситуации и оказывает ему поддержку).

Таким образом, эффективное общение зависит от профессионализма и личных качеств и умений, приемов и методов общения медсестры, которые в сестринском деле тесно взаимосвязаны.

Факторы, препятствующие общению

1. *Советы пациенту* или высказывание своего мнения медсестрой могут отрицательно повлиять на принятие решения пациентом. Часто пациент знает, что делать в той ситуации, по поводу которой медсестра беседует с ним. Если совет медсестры отличается от того, который хочет слышать пациент, то это может вызвать чувство противоречия у него.

Поэтому, если пациенту хочется услышать совет медсестры, спросите у него: «Что бы Вы хотели услышать? Давайте поговорим об этом побольше».

2. *Резкая смена предмета разговора* может прервать нить взаимопонимания. Рекомендуется делать частые паузы во время разговора с использованием переходных фраз. На фоне ответов и реплик возникнет возможность для обдумывания.

3. *Защита людей, которых критикует пациент*. У пациента возникнет предположение, что медсестра осуждает его, и это будет препятствовать дальнейшему выражению чувств во время беседы.

4. *Преуменьшение чувств пациента*. Пациент, выражая озабоченность, ждет от медсестры понимания и сочувствия. Не настаивайте на том, что ничего страшного не случилось, не стоит беспокоиться. Такие реплики демонстрируют отсутствие понимания или сочувствия.

5. *Обещания пациенту*. Говоря: «Все будет хорошо», медсестра отрицает реальность ситуации, в которой находится вместе с пациентом, заставляет его прятать страх и беспокойство, которые являются обычными человеческими реакциями и требуют сестринского вмешательства.

6. *Поспешные заключения* могут вызвать противодействие со стороны пациента. Будьте мудрыми, проверьте факты. Например, не предполагайте, что человек, страдающий злокачественной опухолью, автоматически согласится на ее оперативное удаление.

7. *Культурные отличия*: язык, нормы общения. Различия культур влияет на то, как могут быть поняты вербальные и невербальные средства общения. Например, японцы выражают радость, широко раскрыв глаза. В славянской культуре это выражает чувство страха. Культура влияет и на поверья, поведение, связанные со здоровьем: магия, ритуалы, употребление определенной пищи. Поэтому важно определить этническую ориентацию человека и расспросить его об убеждениях, образе жизни.

8. *Стили общения*. На словесное и бессловесное общение влияют культура и воспитание, традиции и нормы. Чтобы адаптироваться к стилю беседы, необходимо принимать во внимание культурные особенности нации. Например, прикосновение в некоторых культурах является проявлением внимания, другие считают прикосновения сексуальными проявлениями.

9. *Различия в возрасте*. Возраст человека может влиять на способ ведения беседы, особенно если между собеседниками имеются большие различия в возрасте. Для ребенка до 6 лет обычно необходима беседа с родителями или опекуном, хотя учитывается и поведение самого

ребенка. Часто родители считают себя виноватыми в нарушениях состояния здоровья детей. В таких случаях нужно применять неосуждающие вопросы, чтобы получить нужные сведения. Например, вопросы типа «Когда Вы заметили первые признаки повышения температуры?» более подходят, чем такой вопрос: «Почему Вы не доставили его в больницу раньше?» Проявляйте сочувствие родителям и оказывайте им поддержку и утешение.

С детьми старше 6 лет беседуют непосредственно. Игра и рисунки являются альтернативными средствами получения информации. Не обращайтесь с ними, как с малышами, не говорите свысока. Беседуйте с дктьми так же, как и со взрослыми. Если присутствуют родители, наблюдайте за внутрисемейными отношениями. Если родители доминируют в разговоре и инструктируют ребенка, как ему надо отвечать, медсестра может обращаться прямо к ребенку с комментариями типа: «Теперь я бы хотела услышать, как ты чувствуешь себя в этой ситуации?». Используйте этот прием и при беседе с пожилым человеком. Необходимо выяснить, нет ли у него проблем со слухом. Избегайте повышать голос, даже если у пациента проблемы со слухом.

Громкие слова могут быть раздражающими и даже обидными.

У пожилых людей с потерей слуха обычно не воспринимаются звуки высокой тональности, а повышение вашего голоса обычно повышает высоту звука. Убедитесь перед началом беседы, что у пациента нет проблем со слухом. Если пациент плохо слышит, то сядьте напротив него, говорите медленно. Это поможет облегчить общение с ним, возможно, он может читать по губам.

Лучшие взаимоотношения обеспечат вам хорошее освещение, отсутствие посторонних звуков (радио, телевизор). Для беседы с пожилыми людьми одной беседы недостаточно — уделяйте им больше времени. Часто пожилые люди не договаривают, считают, что некоторые симптомы яв-

ляются возрастными особенностями, не имеющими большого значения. Установление доверия, взаимопонимания — единственный путь к преодолению препятствий в общении. Один из эффективных способов установить взаимопонимание с пожилым человеком — дать возможность вспомнить прошлые дни и его бывшие заслуги.

Сестринская педагогика

После изучения темы студент должен знать:

- сферы и способы обучения;
- основные понятия и термины.

Студент должен уметь:

- оценить потребности пациента и (или) его семьи в обучении;
- оценить исходный уровень знаний, умений пациента и (или) членов его семьи;
- мотивировать обучение;
- оценить способности к обучению;
- определить содержание обучения;
- организовать обучение;
- составить индивидуальный план обучения и реализовать его;
- оценить качество и эффективность обучения.

Контрольные вопросы для самоподготовки

1. Что оценивает медсестра, организуя процесс обучения пациента?
2. Какие способы обучения использует медсестра?
3. Как оценить потребность пациента и его семьи в обучении?
4. Как Вы понимаете термин «мотивация» обучения?
5. В чем состоит содержание сестринского обучения?

6. Перечислите педагогические приемы, которыми может пользоваться медицинская сестра в процессе обучения.

7. Кто проводит оценку эффективности обучения пациента или его семьи?

8. На каком этапе проводится оценка эффективности обучения?

Педагогика — это человековедение, постоянное, никогда не прекращающееся проникновение в сложный духовный мир человека.
В. Сухомлинский

В период реформ сестринского образования расширяются функции медицинской сестры. Изменения, происходящие в различных сферах нашего общества, определяют стратегию сестринской деятельности. Насколько грамотно и профессионально медсестра будет выполнять свои обязанности, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский процесс в лечебно-профилактическом учреждении.

Сестринский процесс формирует непосредственное общение, картину будущей сестринской работы, где одним из методов сестринской деятельности (вмешательства) является обучение пациентов и их родственников.

Если профессиональную квалификацию медсестры не всегда могут распознать пациент и его близкие, то нравственный облик обнажается без труда. Морально-нравственная неустойчивость, отсутствие этических и деонтологических норм поведения у медсестры несовместимы с избранной профессией. Сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, стержнем медицинской сестры. Выполняя роль педагога-воспитателя, медицинская сестра всегда должна помнить о неотъемлемых элементах сестринского дела — медицинской этике, деонтологии и

сестринской философии, отличаться культурой общения и высоким творческим потенциалом.

Содержанием обучения пациента и его родственников элементам сестринского ухода является поддержание определенного уровня здоровья пациента, качества жизни, обеспечивающих достойную жизнь в новых для пациента условиях.

Сферы обучения пациента

Чтобы научить пациента выполнять действия, направленные на развитие утраченных в связи с болезнью способностей обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний, медсестре необходимы знания сфер обучения человека (пациента), на которые она сможет профессионально воздействовать.

1. *Познавательная сфера* — направлена на умение пациента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления.

2. *Эмоциональная* — характеризует настроение, зависит от эмоциональных свойств личности: впечатлительности, сентиментальности, отзывчивости, черствости и т. д.

Наблюдая за пациентом, медсестра отмечает изменения внешнего вида:

- *злобный* — указывает на нарушение потребности общаться, нарушение эмоциональной сферы, психические заболевания, дефекты характера и воспитания, самочувствие;
- *испуганный* — указывает на страх, психические состояния (фобии, невроз и др.), темперамент (меланхолик), мнительность, лабильность;
- *апатичный* — чаще по темпераменту «флегматик», могут быть патологические изменения сферы (апатия), патология воли (абулия или гипобулия), а также индивидуальные особенности характера;

• *растерянный* — указывает на индивидуальные особенности, страх (незнание сути предстоящих обследований, плана лечения, прогнозов болезни и т. д.);

• *не может найти себе места* — трактуется как психомоторное возбуждение, страх перед предстоящими обследованиями, операциями, манипуляциями и др., боль, эмоциональный шок;

• *состояние аффекта* — вспышка эмоциональной сферы, кратковременное по времени;

• *уравновешенный* — является нормой поведения, устойчивого эмоционального состояния;

• *признаки тревожности* — потирание рук, напряженность в позе, голосе — являются признаками неустойчивого эмоционального состояния или особенностями характера (мнительность), указывают на наличие страха перед манипуляциями, предстоящим обследованием и т. д.

3. *Психомоторная сфера* — характеризует изменение настроения, чувств, двигательную активность пациента, зависит от психомоторного развития личности, общего самочувствия, нервно-психических и соматических заболеваний.

Медсестра оценивает, как пациент сидит, ходит, стоит во время беседы, часто ли меняет положение тела. Такая

Наблюдение	Трактовка
Настроение	
– состояние мрачного недовольства, гневливости, злобы, негодования	негативное, неблагоприятное отношение к своей ситуации, патология эмоциональной сферы (дисфория)
– повышенное радостное, «солнечное» настроение	прилив сил, выражение радости по поводу своей ситуации, но и патология эмоциональной сферы (эйфория)
– тревожно-депрессивное	неуверенность в своем положении, особый тип темперамента (меланхолик), тревога,

Наблюдение	Трактовка
Настроение	
	патология эмоций, психзаболевания (фобии)
– состояние полного безразличия к происходящему, равнодушие	патология эмоциональной сферы (апатия)
– энергичное настроение	норма поведения
Чувства	
– безысходность	патология эмоций (депрессия), состояние обреченных и умирающих больных, неврологические и психзаболевания
– раздражительность, непереносимость длительного ожидания, физическое или психическое напряжение	невротические состояния, патология эмоциональной сферы, отношение к своему состоянию здоровья
– тревога	невротические состояния, патология эмоциональной сферы, отношение к своему состоянию здоровья
– повышенная чувствительность, эмоциональная неустойчивость (чувства пациента легко сменяют друг друга)	колебания настроения, патология эмоций (эмоциональная лабильность), заболевания головного мозга, психопатии
– гневливость, злоба, пациент гневно, с возмущением реагирует на какие-либо ситуации	патология эмоций, психзаболевания и др.
– состояние острого возбуждения, беспокойства, сопровождаемое страхом, плачем	патология сознания (делирий), невротические состояния (психостения, невроз навязчивых состояний, истерия), психзаболевания, патология эмоций (беспокойство, страх)
– угрюмость, подавленность, отсутствие интереса к окружающему	патология эмоций и др.

деятельность зависит от общего самочувствия, психических и эмоциональных состояний (эйфория, апатия), психзаболеваний, соматических заболеваний, патологии сознания (делирий, галлюцинации).

Если во время разговора пациент пытается дотронуться до медсестры, то это может являться индивидуальной особенностью личности или *национальными особенностями темперамента* (холерик), патологией ощущений, психическим заболеванием, тактикой выражения отношения к собеседнику.

Часто пациенты активно жестикулируют, что не соответствует ходу разговора, а активная жестикуляция возникает в ответ на внутреннее напряжение. Такое состояние может указать на нервно-психическое заболевание, патологию двигательно-волевой сферы, эмоциональной сферы (эйфория, истерия). Двигательная скованность может явиться результатом патологии опорно-двигательного аппарата, патологии сознания (сопор, оглушенность), патологии воли (ступор), патологии эмоциональной сферы (депрессия, тоска, уныние) мышечного стопора, соматических и психических заболеваний.

Жесты плавные, подчеркивающие смысл сказанного, являются нормой поведения.

К психомоторной сфере пациента относится и манера говорить.

Медсестра должна уметь распознать манеру говорить и дать трактовку речи пациента.

4. *Социально-психологическая сфера* отражает гражданскую позицию пациента, его личностные и деятельные особенности, то есть способности, интеллект, самооценку, ориентацию, работоспособность, отношение к обучению и другое.

Развитие личности происходит в семье. Она влияет на формирование психического состояния пациента. Семья в современной социальной ситуации — это ценность, потеря которой дорого обходится людям, деформируя их жизнь и

Наблюдение	Трактовка
Манера говорить	
– речь: быстрая	индивидуальные особенности, темперамент (холерик), патология эмоций (эйфория)
медленная	индивидуальные особенности темперамента (флегматик), патология эмоций, патология сознания (оглушенность, сопор), соматические и психические заболевания
запинающаяся	патология сознания (оглушенность), патология мышления, речи (афазия)
эмоциональная	индивидуальные особенности, темперамент, патология эмоций (эйфория), невротические и психзаболевания
монотонная	патология речи и мышления, психзаболевания
громкая	индивидуальные особенности, темперамент, нарушение слуха, патология эмоций (эйфория), невротические и психзаболевания
шепотная	психзаболевания, афания
невнятная	патология мышления, речи, сознания (бред), психзаболевания
обеднение словарного запаса	недостаток или патология интеллекта и мышления (дебильность, имбецильность), старческая деменция, патология речи, индивидуальные особенности
говорит обрывками, тяжело	патология сознания, мышления, речи, соматические заболевания (одышка), неврологические и психзаболевания

Наблюдение	Трактовка
Манера говорить	
не отвечает на поставленные вопросы: (неадекватная реакция пациента)	психические нарушения и заболевания, патология восприятия и сознания (галлюцинации, ступор, кома), соматические заболевания

судьбу, и может привести к тяжелым болезненным состояниям.

Медсестра, оценивая социально-психологическую сферу пациента, определяет его самооценку. Различают *адекватную и неадекватную самооценку*.

Сестринская педагогика как основа обучения пациента

Учение складывается из определенных действий, зависящих от того, какую функцию выполняет обучаемый (пациент или члены его семьи) в педагогической ситуации:

- пассивного восприятия и освоения полученной извне информации;
- активного самостоятельного поиска и использования информации;
- организуемого извне, направленного поиска и использования информации.

В *первом случае* в основе научения лежит преподавание пациенту или членам его семьи готовой информации, готовых заданий и умений на основе методов: сообщение, разъяснение, показ и требование к определенным действиям пациента.

Учение складывается из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

Во *втором случае* пациент (или члены его семьи) рассматриваются как субъект, формирующийся под воздей-

Наблюдение	Трактовка
Самооценка (адекватная, неадекватная)	
– полное отрицание своего заболевания	следствие психических заболеваний, при новообразованиях, туберкулезе
– неполное осознание своей болезни, обращается к медработнику с просьбой помочь, но отрицает наличие болезни	может быть при психических заболеваниях, интоксикациях, соматических заболеваниях, при гипоксии головного мозга
– наличие способности к правильной оценке ситуации, умение понять свои возможности и выбрать правильное решение	сильные, уравновешенные, психически зрелые люди обычно правильно реагируют и адекватно оценивают заболевание, стремятся найти выход из ситуации, созданной болезнью
– признание факта своей болезни, но пациент обвиняет в ней кого-либо	соматические заболевания, невротические и ипохондрические состояния

ствием собственных интересов и целей. Это вид естественного самонаучения, направленного на удовлетворение своих потребностей и интересов.

В *третьем случае* медсестра организует внешние источники поведения (требования, ожидания, возможности) так, что они формируют необходимые интересы пациента (или членов его семьи), а уже на основе этих интересов пациент и (или) члены его семьи осуществляют активный отбор и использование необходимой информации.

В основе научения в третьем случае лежит руководство процессом с помощью следующих методов: постановка сестринских проблем, обсуждение поставленных целей вместе с пациентом и членами его семьи, дискуссия, совместное планирование, действия пациента, оценка результатов, обсуждение проб и ошибок.

Под сестринскими методами (способами) обучения понимают последовательное чередование способов взаимодействия медсестры и пациента, направленное на достижение

целей сестринского процесса посредством проработки учебного материала.

Метод (по гречески — «путь к чему-либо») — способ достижения цели, способ приобретения знания. В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения: *объяснительно-иллюстративный* и *репродуктивный*, основная сущность которых сводится к процессу передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения.

Выбор методов зависит от следующих условий: содержания обучения, задач обучения, времени, которым располагает медсестра и пациент, особенностей пациента, наличия средств обучения. Медсестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения.

Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход развития утраченных в связи с болезнью способностей пациента обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний.

На формирование умений и навыков, необходимых для восстановления здоровья пациента, и должны быть направлены практические действия медсестры.

Оценка потребностей пациента и (или) его семьи в обучении

Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности. Существует несколько теорий о потребностях, которые будут рассмотрены в следующей главе.

При нарушении удовлетворения хотя бы одной из потребностей у пациента развивается болезненное состояние.

Медсестра знает, что нарушить удовлетворение потребностей человека могут факторы риска. Некоторые из них могут возникать при определенных условиях жизни человека. Если невозможно их устранить, то необходимо найти способ адаптации человека к жизни в новых условиях, научить его жить с факторами риска.

На потребность пациента и (или) его семьи в обучении, которую он испытывает в определенный момент своей жизни, можно активно влиять с целью улучшения здоровья, и значительная роль в этом принадлежит медсестре.

Для этого медсестре необходимо:

1. Оценить образ жизни пациента как способ удовлетворения основных его потребностей.

2. Определить потребность в обучении самоуходу как пациента, так и членов его семьи.

3. Оценить социальное и культурное окружение пациента, его влияние на процесс обучения пациента, то есть решить вопрос, кто и как будет обучать пациента.

4. Оценить особенности обучаемых (как пациента, так и социально значимых для него людей) — психологическое развитие (умственное, социальное, волевое), отношение к обучению и другие индивидуально-психологические особенности пациента: внимание, интерес к обучению, осмысливание, понимание, запоминание и др.

Оценка исходного уровня знаний и умений обучаемых (в том числе и пациента)

Результатом процесса обучения являются умения.

Умение — это способность осуществлять ту или иную деятельность на основе имеющихся знаний в изменяющихся условиях. Знания служат инструментом при освоении умений. Без знаний умений не бывает.

Каждый обучающийся обладает индивидуальными личностными и деятельными особенностями, отношением к обучению, обучаемостью.

Каждый возраст (или период) характеризуется определенными показателями, по которым можно определить исходный уровень знаний, умений обучаемого. Однако результаты специальных исследований показывают, что большинство людей не умеют слушать; у тех, кто стремится учиться, учеба не всегда идет хорошо.

Мотивация — первый компонент процесса обучения

Мотивация — «закон готовности» Э. Торндайка — первый обязательный этап формирования умственных действий. *Мотив* — это то, что определяет, стимулирует, побуждает человека к совершению какого-либо действия.

Мотивы к обучению пациента могут быть внутренними и внешними. К *внешним мотивам* относятся ожидание выздоровления, материальная выгода, наказание, награда и т.д. К *внутренним мотивам* относят такие, которые побуждают пациента к учению, к непосредственной цели учения, к потребности в активности, к стремлению повысить достигнутый ранее уровень знаний, умений и навыков. Потребность пациента в чем-либо выражается поступками и повседневным поведением.

Наиболее полным является определение мотива согласно Л.И. Боглович, где в качестве мотивов могут выступать предметы внешнего мира, представления, идеи, чувства и переживания — словом, всё то, в чем нашла воплощение потребность.

Существуют четыре структурных компонента мотивации:

1. Удовольствие от самой деятельности.
2. Значимость для личности непосредственного ее результата.
3. «Мотивирующая» сила вознаграждения за деятельность.
4. Принуждающее давление на личность.

Оценка способностей пациента и (или) членов его семьи к обучению

Способности человека тесно связаны с его индивидуально-психическими особенностями. Способности человека могут быть различны и отражают степень познавательной

активности, которая зависит от возраста, состояния здоровья, личности в целом, ее характера, других свойств.

Медсестра оценивает состояние отдельных психических функций (память, мышление, внимание, речь и др.) и целостные характеристики видов деятельности (трудовой, учебной), обученности и воспитанности пациентов и (или) членов их семей, изучает их реальные возможности, личностные качества, взаимоотношения, выявляет не только начальный уровень способностей, но и предполагает ступени роста, развития умений пациента. Медсестра предвидит возможные и учитывает типичные затруднения обучаемых, исходит из мотивации самих обучаемых при планировании и организации обучения по индивидуальным планам, обеспечивает условия для саморегуляции личности обучаемых.

Определение содержания обучения

Содержание обучения отражается в индивидуальном плане обучения. Основными направлениями в содержании обучения пациентов являются сохранение здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни пациента.

Медицинская сестра, определяя содержание обучения, то есть «чему учить», должна разбираться в новых технологиях обучения, уметь выделять ключевые идеи процесса обучения, использовать понятия, термины, доступные пациенту и (или) членам его семьи.

Последовательность, систематичность, глубина сообщаемых обучаемым знаний определяются возрастными возможностями, состоянием здоровья, степенью познавательной активности личности.

Содержание сестринской педагогики формирует умения и навыки обращения с некоторыми предметами ухода, оказания неотложной помощи, помогает овладеть навыками самоухода и т.д. Пациенты активно вовлекаются в разнообразную практическую деятельность, что формирует у них интересы, склонности, потребности.

Планирование обучения, оценка его качества и эффективность обучения

Медицинская сестра организует процесс обучения, состоящий из формулировки мотива, построения плана (замысла, программы), исполнения (реализации), контроля и оценки процесса обучения, его качества и эффективности. Планирование обучения обсуждается совместно с пациентом, с учетом его индивидуальности, выбора времени обучения.

Медсестра создает учебные ситуации, ставит ясные и однозначные задачи, которые характеризуются тем, что пациент или обучаемый получает задание на усвоение с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медсестрой посредством учебных действий, которые принимаются обучаемым. Медсестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медсестрой с целью заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контролирования и оценивания в структуре деятельности.

Обучение считается эффективным, если медсестра и пациент или обучаемый достигают поставленных целей по усвоению определенных заданий. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин.

РАЗДЕЛ II.
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС



Практика, не опирающаяся на возвышенную теорию, оказывается в проигрыше и в убытке как и теория, не проверенная опытом, при всей красоте концепции теряет все, не признается!

Д.И. Менделеев

Целью данного раздела является изучение теории сестринского процесса, имеющего ключевое значение и занимающего главное место в понимании современного систематического подхода к сестринскому уходу. Сестринский процесс определяет научный подход к сестринскому делу, которое как профессия меняется на протяжении веков, а следовательно, изменяются и функции медицинской сестры. К сожалению, на сегодня не существует универсального определения сестринского дела.

Впервые научное определение сестринского дела (ухода за больными) было дано Флоренс Найтингейл в 1860 году в книге «Записки об уходе». Характеризуя уход за больными как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению», Ф. Найтингейл придает особое значение как физическим (чистоте, тишине, правильному питанию и т. п.), так и психологическим факторам окружающей среды.

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (1993 г.) впервые в нашей стране было дано определение сестринского дела. *Сестринское дело — часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, наука и искусство, направленные на*

решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

В настоящее время определение сестринского дела углубляет понимание сестринского дела, которое является составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного населения в меняющихся условиях окружающей среды.

Таким образом, сестринское дело является самостоятельной наукой. Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса. Необходимость внедрения сестринского процесса в сестринское образование и сестринскую практику в России возникла в связи с пониманием недостатков общего ухода за пациентами медицинской сестрой, развитием сестринского дела в мире. К ним относится, прежде всего, бюрократический подход к сестринскому уходу, основанный на поставленном в установленном порядке медицинском диагнозе, когда медицинская сестра знает, что назначил врач пациенту, и строго выполняет эти назначения без особого учета психологических, социальных и духовных потребностей пациента в уходе. Чтобы учитывать эти факторы, медицинской сестре как специалисту потребуются не интуитивные, а дополнительные знания в области современной философии, методологии сестринского дела, психологии человека, способности к педагогической и исследовательской деятельности. Эти знания обеспечат повышение профессионального роста медсестер, повысят качество помощи, обеспечат систематический подход к сестринскому уходу, восстановят утраченные профессиональные ценности медицинских сестер.

Для внедрения сестринского процесса потребуются конкретные изменения не только профессионального, но и организационного характера. Чтобы такие перемены произошли, очень важно признание необходимости этих изменений в законодательном порядке.

Сестринский процесс. Понятие о стандартах сестринского ухода

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 50-х годов и в настоящее время получило широкое развитие в современной американской, а с 80-х годов — и в западноевропейских моделях сестринского дела. Модели сестринского дела основаны на сестринской философии, отражают знания и практические изменения не только сестринского дела, но и других дисциплин (этики, медицины, психологии, философии, социологии и т. д.).

Стандарты сестринской практики

Понятие «стандарт» означает образец, норма, эталон, модель единая и обязательная, принимаемая за исходное для сопоставления с ней других подобных объектов, действий и т. д.

Различают несколько видов стандартов:

1. *Стандарты профессиональной деятельности*. Они описывают обязанности практикующих медицинских сестер, определяют собой базу оценки практической деятельности, описывают ответственность медицинских сестер перед обществом и пациентом.

2. *Стандартом поведения медицинских сестер* является Этический кодекс медицинской сестры, отражающий основные принципы сестринской деонтологии и философии сестринского дела.

К стандартам профессиональной деятельности относятся:

• *стандарты процедур*, которые должны содержать цели, показания, противопоказания, оснащение, обязательные условия выполнения процедур, должны описывать этапы процедуры — подготовку, выполнение, завершение процедуры;

• *стандарты плана по уходу за пациентом* — отражают базовый уровень качественного сестринского ухода

по определенной проблеме пациента вне зависимости от конкретной клинической ситуации;

• *стандарты оказания скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе* — это перечень своевременных, последовательных, минимально достаточных мероприятий (диагностических, лечебных, а также мероприятий по уходу), применяемых в типичной клинической ситуации.

Одним из обязательных условий применения стандартов является их соответствие клинической ситуации.

Для этого составляется *индивидуальный план ухода* — письменное руководство по уходу, подробное перечисление действий медицинской сестры, необходимое для достижения целей ухода по определенной проблеме пациента.

Санкт-Петербургская академия последипломного образования предлагает при разработке стандартов учитывать уровни оказания доврачебной помощи:

• консультативная помощь;

• самопомощь, доступная пациенту;

• неотложная помощь и т. п.

Для чего нужны стандарты?

Стандарты позволяют объективно оценивать качество работы. Каждое действие стандарта поддается количественному учету, например, в баллах, процентах.

Поэтому основной задачей в области стандартизации является создание единой системы оценки качества работы медицинской сестры.

Требования государства по организации работы в этой области оговорены в Приказе от 19.01.98 г. № 12/2 «Об организации работы по стандартизации в здравоохранении» и «Основных положениях стандартизации в здравоохранении». Кроме того, существуют рекомендации ВОЗ, где определены четыре компонента, обеспечивающие качество сестринской деятельности при оказании сестринской помощи:

• выполнение профессиональных функций по стандарту;

• использование ресурсов;

• риск для пациента в результате сестринской помощи;

• удовлетворенность пациента сестринской помощью, уходом.

Среди *основных задач* в области стандартизации выделяют:

• создание единой оценки показателей качества медицинских услуг;

• нормативное обеспечение (с целью эффективного использования ресурсов ЛПУ).

Основные принципы стандартизации могут быть сведены к следующим четырем пунктам:

• стандарты должны быть дифференцированны с учетом возможностей ЛПУ;

• при разработке стандартов следует учитывать существующие рекомендации (местные, территориальные, национальные);

• утверждение стандартов следует проводить после клинических испытаний, стандарты необходимо периодически обновлять;

• при применении стандартов необходимо соблюдение ряда обязательных условий.

Обязательные условия применения стандартов.

1. Выбор стандарта должен соответствовать клинической ситуации.

2. Уровень оказания помощи должен соответствовать квалификации персонала и возможностям ЛПУ.

3. Медицинская сестра обязана знать и понимать стандарт в целом (включая примечания).

4. Стандарт может изменяться с учетом специфики состояния пациента, его индивидуальных особенностей и преобразуется в индивидуальный план ухода.

5. Уход согласно стандарту оказывается в максимально ранние сроки в минимально достаточном объеме.

6. Своевременный вызов врача, организация консультирования.

Следует учитывать, что попытки стандартизовать лечебный процесс, сестринский процесс вызывают определен-

ный негативизм у многих врачей, сестринского персонала. Слово «стандарт» подразумевает наличие стандартных ситуаций, заболеваний, пациентов, которых, как известно, не бывает.

Совершенно очевидно, что стандарты в большей степени нужны молодым специалистам, администрации ЛПУ, так как стандарты являются инструментом управленческой деятельности, благодаря стандартам сокращается время оказания помощи и ухода, улучшается качество оказываемой помощи, объективно оценивается труд медицинской сестры.

Содержание моделей сестринского дела

Все концептуальные модели сестринского дела (Орем, Рой, Хендерсон и др.) включают в себя четыре аспекта сестринского дела:

1) пациент;
2) сестринское дело;
3) окружающая среда;
4) здоровье.

Традиционная модель ухода тесно связана и приспособлена к системам и физиологическим функциям организма.

В социальном плане доминирует *медико-биологическая* модель, когда сестринский уход переносится с аспектов болезни на аспекты здоровья. Болезнь рассматривается как часть жизни человека, а не как нарушающий жизнь процесс.

Содержанием модели является содержание сестринского дела на определенном этапе времени. Модель содержит ценности, лежащие в основе сестринского дела, взгляды на здоровье, роли, функции, задачи сестринского дела, способы определения потребности человека в сестринском уходе, определяет границы сферы сестринской деятельности.

Чтобы осуществить индивидуальный план ухода, медицинской сестре необходимо владеть знаниями стандар-

тов специального ухода, стандартами манипуляций, процедур, ориентироваться на стандартную модель сестринского ухода.

Модели сестринской практики, их структура

Составляющие модели:

- структурное распределение персонала в ЛПУ;
- содержание сестринской практики;
- логика построения плана, сестринского вмешательства, его обоснование;
- критическое мышление, определяющее последовательность и рациональность действий медсестры.

Модель представляет собой цепь последовательных действий медсестры.

1. Сбор информации по основным составляющим здоровья.
2. Оценка функциональных составляющих.
3. Признаки и симптомы дисфункций.
4. Отклонения от нормы, и если они есть, то:

а) анализ и синтез данных, формирование диагностической гипотезы;

б) проверка диагностической гипотезы.

5. Поддается ли диагноз сестринскому лечению (вмешательству), если да, то:

а) установление (название) диагноза;

б) определение ожидаемых результатов (целей);

в) описание сестринских вмешательств;

г) оценка достижения результатов (см. Приложение 1).

В рамках Европейского региона ВОЗ сестрам, которые планируют применять сестринский процесс, рекомендуется использовать модель, предложенную Вирджинией Хендерсон, основанную с учетом физиологических, психологических и социальных потребностей, оцениваемых медицинскими сестрами.

Наибольшей популярностью в мире пользуется модель М. Гордон — основоположницы сестринской диагностики.

Эта модель позволяет применять классификацию NANDA в рамках сестринского процесса.

Понятие о сестринском процессе, его цель и пути достижения цели

В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования и создает теоретическую научную базу сестринской помощи в России.

Сестринский процесс — это научный метод сестринской практики, систематический путь определения ситуации, в которой находятся пациент и медсестра, и возникающих в этой ситуации проблем, в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон.

Сестринский процесс является одним из основных и неотъемлемых понятий современных моделей сестринского дела.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

Достижение цели сестринского процесса осуществляется в процессе решения следующих задач:

- создание базы информационных данных о пациенте;
- определение потребностей пациента в сестринском уходе;
- обозначение приоритетов в сестринском обслуживании, их первоочередности;
- составление плана ухода, мобилизации необходимых ресурсов и реализации плана, то есть оказания сестринской помощи прямо и косвенно;
- оценка эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели ухода.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения индивидуализировать и систематизировать уход.

Конкретно он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных потребностей пациента, семьи или общества, и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода.

Сестринский процесс — динамичный, цикличный процесс. Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств, действий медицинской сестры.

Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа

I этап — сестринское обследование или оценка ситуации для определения потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов.

II этап — сестринское диагностирование, определение проблем пациента или сестринских диагнозов.

Сестринский диагноз — это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры.

III этап — планирование необходимой помощи пациенту.

Под планированием надо понимать процесс формирования целей (то есть желаемых результатов ухода) и сестринских вмешательств, необходимых для достижения этих целей.

IV этап — реализация (осуществление плана сестринского вмешательства (ухода).

V этап — оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода). Оценка эффективности предоставленного ухода и его коррекция в случае необходимости.

Документация сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента, составной частью которой является план сестринского ухода.

Принципы ведения документации:

1. Четкость в выборе слов и в самих записях.
2. Краткое и недвусмысленное изложение информации.
3. Охват всей основной информации.
4. Использование только общепринятых сокращений.
5. Каждой записи должны предшествовать дата и время, а в конце записи должна стоять подпись сестры, составляющей отчет.

Рекомендации по ведению документации

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет вам обсуждать с ним вопросы ухода, а ему лучше понять план ухода.
2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентом. Умейте сформулировать цели, например: у пациента будут отсутствовать (или уменьшаться) неприятные симптомы (укажите, какие); укажите срок, за который, по вашему мнению, произойдет изменение в состоянии здоровья.
3. Составляйте индивидуальные планы ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода. Это сократит время написания плана и определит научный подход к сестринскому планированию.
4. Храните план ухода в удобном для вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе, месте, и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.
5. Отмечайте срок (дату, срок, минуты) реализации плана, укажите, что помощь была оказана в соответствии с планом (не дублируйте записи, экономьте время). Поставьте подпись в конкретном разделе плана и внесите туда дополнительную информацию, которая не была запланирована, но потребовалась. Проведите коррекцию плана.
6. Привлекайте пациента к ведению записей, связанных с самопомощью или, например, с учетом водного баланса суточного диуреза.

7. Обучите всех участвующих в уходе (родственников, вспомогательный персонал) выполнять определенные элементы ухода и регистрировать их.

Период внедрения сестринского процесса достаточно долгий, поэтому могут возникнуть следующие проблемы, связанные с документацией:

1. Невозможность отказа от старых методов ведения документации.
2. Дублирование документации.
3. План ухода не должен отвлекать от главного — «оказания помощи». Чтобы этого не было, важно рассматривать документацию как естественное развитие непрерывности помощи.
4. Документация отражает идеологию своих разработчиков и зависит от модели сестринского дела, поэтому может изменяться.

Примерное документирование сестринского процесса

СЕСТРИНСКОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ
К сестринской истории № _____

Сестринские диагнозы (проблемы пациента) (приоритетные подчеркнуть)

Дата, час установления	Настоящие	Потенциальные

Карта сестринского ухода

Дата	Проблемы пациента (сестринские диагнозы)	ПЛАНИРОВАНИЕ		Реализация плана	Конечная дата достижения цели	Оценка эффективности ухода
		Цели: долгосрочные, краткосрочные	Сестринские вмешательства			

План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство, подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Примерный банк проблем пациента (сестринских диагнозов)

1. Чувство тревоги, связанное с... (указать вероятную причину болезненной реакции).
2. Чувство отчаяния и безнадежности, связанное с... (например, длительным заболеванием).
3. Недостаточное питание, не соответствующее потребностям организма.
4. Избыточное питание, превышающее потребности организма.
5. Снижение защитных функций организма в связи с...
6. Беспокойство, связанное с... (состоянием здоровья).
7. Отсутствие санитарных условий (быта, работы, стационара).
8. Дефицит (отсутствие) знаний и навыков для осуществления... (например, гигиенических мероприятий).
9. Усталость (общая слабость).

10. Снижение эмоционального тонуса (фона) в связи со страхом (стрессом и т. п.).

11. Снижение (отсутствие) физической активности (подвижности).

12. Необоснованный отказ от приема лекарств.

13. Недостаточная самогигиена.

14. Необходимость психологической поддержки.

15. Необходимость участия в уходе… (кого, решает пациент).

16. Одиночество.

17. Недостаток знаний о здоровом образе жизни.

18. Страх и безнадежность, связанные с известием о неизлечимом заболевании (СПИД).

19. Состояние психологического нарушения (негативное отношение к своей проблеме):

- пациент недооценивает тяжесть состояния;
- пациент отрицает факт заболевания;
- у пациента имеются преувеличенные опасения за свое здоровье, но преодолеть своих опасений он не может;
- пациент погружается, «уходит» в болезнь;
- на фоне болезни у пациента значительно возрастает тревога;
- пациент ставит свои страдания выше всего остального, требует особого внимания родственников, особой заботы;
- пациент считает, что болезнь является результа том злого умысла, становится подозрительным при назначениях лекарств, процедур;
- пациент становится всем недовольным, злобным, агрессивным.

20. Состояние эмоциональной неустойчивости (вытекающее из позиций и ценностей пациента).

21. Снижение познавательных функций (ограничение интеллекта, умственного статуса, восприятия).

22. Нарушение поведения (нарушение общения, соблюдение традиций и т. д.).

23. Страх за свое будущее (перед операцией).

24. Беспокойство по поводу… (отношений в семье).

25. Недостаток знаний… (о болезни).

26. Пациент не справляется с проблемой своей болезни.

27. Нарушение комфортного состояния (недержание мочи, кала, тошнота, рвота).

28. Дефицит самоухода, связанный с пониженной физической активностью.

29. Конфликтная ситуация в семье.

30. Возникновение семейных проблем, связанных с … (например, с длительным пребыванием в стационаре).

31. Неумение ухаживать за инвалидом в семье.

32. Страх потери… (семьи, работы и т. д.).

33. Невозможность осуществления самоухода, связанная со… (слабостью, пониженной физической активностью и т. д.).

34. Бессонница.

35. Нарушения сна.

36. Нарушение комфортного состояния: … (из-за боли, связанной с…).

37. Нарушение опорожнения кишечника (запор, понос).

38. Зуд кожи волосистой части головы, связанный с педикулезом.

39. Нарушение целостности кожных покровов (пролежни).

40. Риск появления… (пролежней, опрелостей).

41. Чувство страха у пациента перед… (постановкой пиявок).

42. Риск переохлаждения пациента при водных процедурах.

43. Лихорадка… в третьем периоде, кризис.

44. Усиленное газообразование в кишечнике (метеоризм).

45. Чувство ложного стыда, связанное с постановкой клизмы.

46. Чувство физической утраты.

47. Инфицирование и повреждение колостомы в связи с неправильным уходом.

48. Рвотный рефлекс.
49. Отказ от процедуры.
50. Чувство вины у близких обреченного человека.
51. Неумение близких ухаживать за обреченным.
52. Чрезмерная депрессия у пациента в связи… (с предстоящей потерей).
53. Неподвижность.
54. Чувство отчаяния и безнадежности, связанное с известием о близкой смерти.
55. Социальная самоизоляция (изоляция).
56. Тревога, связанная с необходимостью постороннего ухода.
57. Повышение АД.
58. Приступ удушья.
59. Возникновение пролежней.
60. Кровотечение (желудочное, легочное) и т. п.

Методы сестринских вмешательств

Сестринская помощь планируется на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, то есть заболевания.

Методы сестринских вмешательств могут являться и способами удовлетворения потребностей.

Предлагается использовать следующие методы:

1. Оказание доврачебной помощи.
2. Выполнение врачебных назначений.
3. Создание комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его основных потребностей.
4. Оказание психологической поддержки и помощи пациенту и его семье.
5. Выполнение технических манипуляций, процедур.
6. Осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья.
7. Организация обучения по проведению бесед и консультирования пациента и членов его семьи.

Планирование необходимого ухода осуществляется на основании классификатора сестринских действий согласно МКСП (международного классификатора сестринской практики).

Различают три типа сестринских вмешательств: *зависимые, независимые и взаимозависимые действия*.

Примеры планирования сестринских действий

Пример 1

Приоритетная проблема:

Необходимость ультразвукового исследования органов брюшной полости, связанного с...

ПЛАНИРОВАНИЕ	ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ МЕДСЕСТРЫ
Цель краткосрочная: пациент будет подготовлен к УЗИ органов брюшной полости через 3 дня. План действий: 1. Подготовить пациента к УЗИ органов брюшной полости.	1. Исключить из питания газообразующие продукты (молочные, овощи, фрукты в свежем виде, черный хлеб, фруктовые соки, дрожжевые продукты), сладкую пищу, таблетизированные слабительные за 2–3 дня до исследования. 2. В течение 2–3 дней до исследования принимать *карболен* (активированный уголь) по 2 таблетки три раза в день по назначению врача. 3. За 18–20 часов до исследования — голодание. 4. Пациент, направленный на УЗИ, должен иметь историю болезни, полотенце, простынь, сменную обувь.

Пример 2

Приоритетная проблема: отсутствие аппетита, связанное с длительным нахождением пациента в стационаре.

Краткосрочная цель — стимуляция аппетита в течение 1-й недели.

Долгосрочная цель — восстановление аппетита ко дню выписки из стационара.

Планирование сестринского ухода

ПЛАН	ОБОСНОВАНИЕ
1. Обеспечить диетическое питание с повышенным содержанием железа, витаминов.	Для ликвидация дефицита железа и витаминов в пище.
2. Провести беседу с пациентом и его родственниками о продуктах, содержащих железо, витамины.	Для эффективного восполнения дефицита железа и витаминов в организме.
3. Обеспечить пациенту приток свежего воздуха, проветривать помещение, организовать прогулки на свежем воздухе.	Для лучшей оксигенации крови и стимуляции кроветворения, повышения аппетита.
4. Рекомендовать прием горечей.	Для стимуляции аппетита и желудочной секреции.
5. Наблюдать за внешним видом, состоянием пациента, пульсом, АД, ЧДД.	Для ранней диагностики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.
6. Контролировать деятельность кишечника при приеме лекарственных препаратов.	Предупреждение запоров при приеме препаратов железа.
7. Осуществлять уход за полостью рта при приеме препаратов железа и соляной кислоты.	Предупреждение разрушения и потери зубов при использовании препаратов железа и соляной кислоты.
8. Выполнять врачебные назначения.	Для эффективного лечения.

Рекомендации медицинской сестре по ведению сестринского процесса

1. Получите четкое представление о пациенте до начала планирования ухода.

2. Попытайтесь определить, что нормально для пациента, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам.

3. Определите неудовлетворенные потребности пациента в уходе.

4. Установите эффективное общение с пациентом и привлеките его к сотрудничеству.

5. Обсудите с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты в уходе.

6. Определите степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого).

7. Проявите заботу и внимание к пациенту.

8. Выявите проблемы пациента или поставьте сестринский диагноз. Помните, что *сестринский диагноз* — это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры.

9. Планируйте сестринскую помощь на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, то есть заболевания.

10. Заполните документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.

11. Не допускайте возникновения новых проблем у пациента.

Основные потребности человека

Студент должен знать:

- основные теории и классификации потребностей;
- основные жизненно-важные потребности пациента (определение и основные характеристики);
- примеры проблем пациента, связанные с нарушением удовлетворения основных потребностей человека.

Студент должен уметь: выявить способ удовлетворения потребности пациента при проведении сестринского обследования и оценить его.

Нормальная жизнедеятельность человека как существа общественного, представляющего целостную, динамическую, саморегулирующую биологическую систему, обеспечивается совокупностью биологических, психосоциальных и духовных нужд. Удовлетворение этих нужд определяет рост, развитие, гармонию человека с окружающей средой.

Жизнедеятельность зависит от многих факторов, которые упорядочены во времени и пространстве и поддерживаются системами жизнеобеспечения организма человека в условиях окружающей среды.

Основные потребности человека по А. Маслоу

Потребность — это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни.

Американский психофизиолог А. Маслоу, русского происхождения, в 1956 году выделил 14 основных потребностей человека:

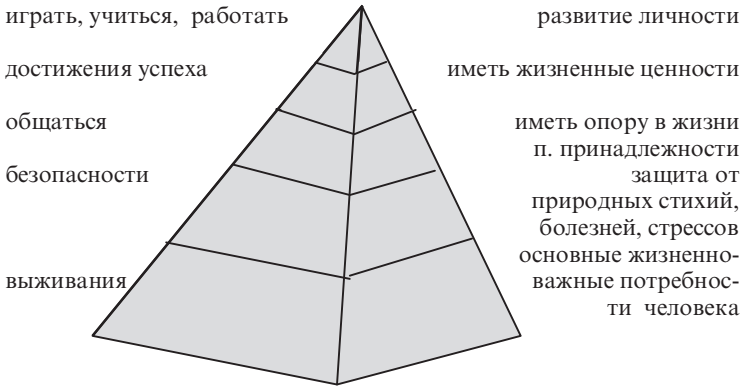
1. Дышать.
2. Есть.
3. Пить.
4. Выделять.

I ступень потребностей выживания.

5. Спать, отдыхать.
6. Быть чистым.
7. Одеваться, раздеваться.
8. Поддерживать температуру.
9. Быть здоровым.
10. Избегать опасности.
11. Двигаться.

II ступень потребностей, обеспечивающих собственную безопасность, защиту от природных стихий, болезней, стрессов.

12. Общаться. *III ступень: иметь опору в жизни, принадлежность обществу, семье, быть понятым и принятым, уважаемым.*
13. Достижения успеха. *IV ступень иметь жизненные ценности в работе, жизни, семье, стремление к красоте, порядку.*
14. Играть, учиться, работать. *V ступень: вершина пирамиды Маслоу, утверждающая, что человек — разумное существо, развитие личности.*



Пирамида потребностей человека по Маслоу

1. Дышать
2. Есть
3. Пить
4. Выделять
5. Спать, отдыхать
6. Быть чистым
7. Одеваться, раздеваться
8. Поддерживать температуру тела
9. Быть здоровым
10. Избегать опасности
11. Двигаться
12. Общаться
13. Иметь жизненные ценности: материальные и духовные
14. Играть, учиться, работать

Основные потребности человека по А. Маслоу

Сестринская теория потребностей человека

Эта теория пользуется популярностью во всем мире, лежит в основе сестринской диагностики. Она имеет характеристики каждой потребности и методики оценки уровня их удовлетворения.

Потребности рассматриваются в четырех аспектах:

- человек;
- общество (окружающая среда);
- сестринское дело;
- здоровье;

и разделены на три класса:
- потребности выживания;
- потребности близости;
- потребности свободы.

Потребностно-информационная теория

Авторами потребностно-информационной теории, которая объясняет причины и движущие силы поведения человека, являются отечественные ученые Симонов и Ершов. Сущность теории состоит в том, что потребности побуждаются условиями существования организма в постоянно меняющейся окружающей среде.

Переход потребности в поступки и действия сопровождается эмоциями.

Эмоции — это индикаторы потребностей. Они могут быть положительными и отрицательными на удовлетворение потребностей.

Симонов и Ершов все потребности разделили на три группы:

1-я группа — витальные (потребность жить и обеспечивать свою жизнь).

2-я группа — социальные (потребность занять определенное место в обществе).

3-я группа — познавательные (потребность познавать внешний и внутренний мир).

Впервые о трех группах потребностей говорил Ф.М. Достоевский.

Без удовлетворения низших физиологических потребностей нельзя удовлетворить более высшие, психосоциальные потребности.

Несмотря на то, что потребности у всех людей одинаковые, но удовлетворяем мы их по-разному. Поэтому и состояние здоровья у всех нас разное.

Опираясь на знания о потребностях человека, медсестра должна уметь определить нарушенные потребности пациента, установить доминирующую потребность с целью

удовлетворения потребности в порядке первоочередности, используя сестринский процесс.

Примеры проблем пациента, связанные с нарушением удовлетворения потребности

Проблема пациента: нарушение сна

I. Оценка ситуации.

Чтобы оценить ситуацию, медсестре необходимы:

- знания о потребности:
  - нарушение сна может быть вызвано истощением нервной системы пациента, озабоченностью, волнением, стрессами в течение дня;
  - удовлетворяя потребность спать, отдыхать, человек преодолевает эти вредные воздействия и восстанавливает силы организма;
  - обследуя пациента, медсестре необходимо знать наиболее характерные признаки при нарушении этой потребности. Пациент будет предъявлять жалобы на нарушение сна;
  - при активном выявлении жалоб пациента медсестре необходимо выяснить характер нарушения сна.

  К нарушениям сна относятся:
    - ➢ бессонница, когда пациент вообще не может уснуть в течение суток и более;
    - ➢ прерывистый сон;
    - ➢ быстрое пробуждение;
    - ➢ засыпание под утро;
- знания о факторах риска, влияющих на потребность спать, отдыхать:
  - отсутствие отдыха в течение дня;
  - одиночество;
  - плохие семейные отношения;
  - душный воздух;
  - несвоевременность медицинской помощи, ее низкое качество;
  - стрессовые ситуации и т. п.;

• при объективном обследовании медсестра обратит внимание:

– на внешний вид пациента (утомленность, усталость);
– выражение лица (бедная мимика, потухший взгляд);
– зевоту;

• оценит психическое состояние пациента, его поведение: ориентирован ли пациент во времени, сделает выводы об эмоциональном статусе пациента, замкнут или общителен и т. п.

Психологическая диагностика тесно связана с социальным статусом пациента. От социальных факторов зависит и психологическое, и духовное состояние пациента, которое может быть причиной отсутствия сна.

II этап. Сестринское диагностирование.

Сформулируйте сестринские диагнозы.

Некоторые примеры возможных сестринских диагнозов:

1. Отсутствие сна, связанное с… (длительным хроническим заболеванием).

2. Нарушение сна, связанное с… (возникновением семейных проблем), и т. д.

Потенциальный сестринский диагноз: риск нарушения жизнедеятельности, связанный с нарушением сна.

После формулирования всех сестринских диагнозов медсестра устанавливает их приоритетность, опираясь на мнение пациента о первоочередности оказания ему помощи.

III этап. Планирование сестринского ухода.

1. *Сформулируйте цели* (краткосрочные и долгосрочные) по приоритетной проблеме пациента, связанной с нарушением потребности спать, отдыхать.

Примеры некоторых целей:

• краткосрочные: пациент будет спать через 2 часа или пациент научится соблюдать режим дня и ночи в течение суток;

• долгосрочные: у пациента будет нормальный сон к моменту выписки.

2. *Составьте план сестринских вмешательств.*

Пример планирования:

1. Медсестра сообщит врачу об отсутствии сна у пациента.

2. Медсестра даст снотворное средство за 30 минут до сна по назначению врача.

3. Медсестра установит наблюдение за соблюдением режима активности пациента, положением в постели: создаст удобное положение, укроет пациента.

4. Медсестра создаст оптимальные условия для сна: тишину и покой в палате, проветрит помещение перед сном.

IV этап. Реализация плана.

Медицинская сестра в силу своей компетенции осуществляет сестринские вмешательства и фиксирует сестринский процесс в карте сестринского наблюдения, где указывается время выполнения каждого действия, реакция пациента на данное действие.

V этап. Оценка эффективности ухода.

Проводятся оценка реакций пациента на каждое действие, коррекция плана в том случае, если цели не достигаются.

Проводится итоговая оценка ухода, например: цель достигнута, план выполнен полностью, пациент спит спокойно.

РАЗДЕЛ III.
МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА



Инфекционная безопасность

Студент должен знать:

• понятие инфекционной безопасности;

• определение и проблемы;

• способы передачи инфекции;

• факторы, влияющие на восприимчивость «хозяина» к инфекции;

• группы риска развития инфекции;

• виды возбудителей внутрибольничной инфекции;

• резервуар, способы передачи, меры профилактики и контроля внутрибольничной инфекции;

• виды, способы и режимы дезинфекции в ЛПУ;

• цели, задачи, принципы работы ЦСО;

• способы контроля стерилизации;

• о профилактике передачи парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции в ЛПУ;

• правила техники безопасности при приготовлении дезинфицирующих растворов;

• правила оказания первой помощи при попадании хлорсодержащих растворов на кожу и слизистые;

• требования к личной гигиене и медицинской одежде.

Студент должен уметь:

• проводить влажную уборку помещений стационара;

• проводить контроль санитарного состояния тумбочек и холодильников;

• осуществлять дезинфекцию предметов ухода и предметов медицинского назначения;

• осуществлять предстерилизационную очистку и ее контроль;

• осуществлять утилизацию одноразового инструментария;

• соблюдать технику безопасности при работе с биологическими жидкостями.

Студент должен иметь навыки:

• обработки рук до и после любой манипуляции;

• обработки кожи, слизистых при контакте с биологическими жидкостями;

• пользования защитными приспособлениями (маска, халат, очки, фартук);

• дезинфекции предметов ухода и медицинского назначения;

• предстерилизационой очистки предметов многоразового пользования и ее контроля.

Целью инфекционной безопасности является предупреждение внутрибольничной инфекции.

К *внутрибольничной инфекции* (ВБИ) относят любое клинически распознаваемое заболевание, которое поражает пациента в результате его поступления в больницу или обращения за помощью (или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении) вне зависимости от того, появились симптомы заболевания во время пребывания в больнице или после выписки.

Внутрибольничные инфекции имеют другие названия: госпитальные, нозокомиальные. Среди заболеваний, относящихся к ВБИ, большинство связано с медицинскими вмешательствами. Примерно 85% от всех ВБИ составляют гнойно-септические инфекции (ГСИ), 6–7% — вирусные гепатиты В, С, Д; кишечные инфекции — 7–8%, при этом 80% случаев — сальмонеллез.

Влияние на возникновение ВБИ оказывают следующие факторы:

• снижение сопротивляемости организма;

• распространение антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов;

• увеличение удельного веса пожилых пациентов, ослабленных;

• несоблюдение правил инфекционной безопасности при уходе за пациентами;

• увеличение инвазивных (повреждающих целостность тканей организма) манипуляций;

• перегрузка лечебно-профилактических учреждений;

• устаревшее оборудование и т. д.

Группы риска:

• высокому риску инфицирования подвергаются пациенты, посетители и родственники, ухаживающие за тяжелобольными в хирургических отделениях, урологических, реанимационных, отделениях гемодиализа и т. д., особенно — лица пожилого возраста и дети;

• медицинский персонал, особенно те, кто использует инструментарий многоразового пользования, загрязненный биологическими жидкостями и требующий проведения всех этапов очистки, в том числе предстерилизационной.

Понятие **«инфекционный процесс»** определяет взаимодействие макро- и микроорганизмов, способствующее возникновению инфекционной болезни в различных формах: острой, хронической, латентной, а также носительство.

Главным условием возникновения инфекционного процесса является наличие возбудителя болезни.

Возбудители ВБИ

Основными видами микроорганизмов, вызывающих ВБИ, являются: облигатные патогенные микроорганизмы, вызывающие корь, скарлатину, дифтерию и другие детские болезни, кишечные (сальмонеллез и др.), гепатиты В и С и многие другие болезни, условно-патогенная микрофлора.

Среди условно-патогенной микрофлоры доминируют стафилококки, золотистый стафилококк, стрептококки, синегнойная палочка, псевдомонады, грамотрицательные бактерии и их токсины (кишечная палочка, протей, сальмонеллы и др.). Нередкими стали случаи внутрибольничного

заражения грибковой инфекцией, ВИЧ-инфекцией, цитомегаловирусом, представителями простейших.

Возбудители инфекции находятся в резервуарах (источниках) инфекции.

Резервуаром (источником) внутрибольничной (госпитальной) инфекции являются:

- руки персонала;
- кишечник, мочеполовая система, носоглотка, кожа, волосы, полость рта как пациента, так и персонала;
- окружающая среда: персонал, пыль, вода, продукты питания;
- инструментарий;
- оборудование;
- лекарственные средства и т. д.

Типичные места обитания ВБИ

В медицинских учреждениях ими являются изделия из резины (катетеры, дренажные трубки), приборы, в которых используются вода и антисептики (дистилляторы, ингаляторы, ионизаторы и др.), аппараты для искусственного дыхания, инструментарий.

В организме человека преимущественными местами обитания являются кожа и мягкие ткани, мочевыводящие пути, полости — рта, носоглотки, влагалища, кишечника.

Через руки персонала передаются: золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, стрептококк А, энтерококк, эшерихии, клебсиелла, энтеробактер, протей, сальмонелла, синегнойная палочка, анаэробные бактерии, гриб рода *кандида*, простой герпес, вирус полиомиелита, вирус гепатита А.

Заболевания, относящиеся к ВБИ

К ВБИ относятся инфекционные заболевания, возникающие:

- у пациентов, инфицированных в стационаре;

• у пациентов, получавших помощь или обратившихся за ней в другие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ);

• у медицинских работников, заразившихся при оказании помощи пациентам в стационаре, поликлинике, в условиях скорой (неотложной) помощи и других ЛПУ.

Это детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия, краснуха, паротит и др.), кишечные инфекции (сальмонеллез, амебиаз, шигеллезы и др.), гнойно-воспалительные инфекции (пиодермиты), особо опасные инфекции (сибирская язва, чума, брюшной тиф и др.), вирусные инфекции (грипп, гепатиты, ВИЧ и др.).

Механизмы передачи ВБИ

Различают *аэрозольный* (воздушно-капельный), *контактно-бытовой* и *искусственный* (артифициальный) механизмы передачи инфекции, играющие основную роль в распространении ВБИ и возникающие при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями.

Факторы, влияющие на восприимчивость хозяина к инфекции

Основными факторами являются возраст человека, неблагоприятные условия окружающей среды, недостаточная иммунная защита организма, множество лечебно-диагностических процедур, хронические заболевания организма, скопление возбудителей ВБИ из-за нарушений санитарно-противоэпидемического режима лечебно-профилактических учреждений, невыполнение правил асептики и антисептики, нарушение правил дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария и приборов.

Меры контроля и безопасности в профилактике ВБИ

Обслуживающий персонал стационаров должен иметь комплект сменной рабочей одежды: халаты, тапочки, сменную

обувь в количестве, обеспечивающем ежедневную смену санитарной одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках. В наличии должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

Медицинская сестра лечебного отделения должна быть безукоризненно опрятна и аккуратна. Края рабочей (санитарной) одежды должны полностью закрывать личную одежду. Волосы должны полностью закрываться шапочкой. Сменная обувь должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции.

Нахождение в рабочих халатах и обуви за пределами лечебного учреждения запрещается.

Студенты, занимающиеся в отделениях родовспоможения, инфекционных отделениях, операционных блоках, должны быть обеспечены сменной спецодеждой.

Врачи, медсестры, акушерки обязательно должны мыть руки путем двукратного намыливания перед осмотром каждого пациента или выполнением процедур, а также после выполнения «грязных» процедур (уборки помещений, смены белья, посещения туалета и т.д.)

Правила пользования защитной одеждой

Халаты, фартуки — используются для ухода, предупреждающего передачу инфекции, и подлежат смене после каждой такой процедуры, как смена постельного или нательного белья пациента.

Перчатки — используются чистые или стерильные. Их надевают:

- при контакте с любой биологической жидкостью: кровью, семенной жидкостью или влагалищным секретом, отделяемым слизистых носа и др., слюной, слезной жидкостью, а также мочой, фекалиями, спинномозговой жидкостью, экссудатом, транссудатом;
- при нарушении целостности кожи как пациента, так и медицинского работника;

• при необходимости работать с материалами и предметами медицинского назначения, загрязненными кровью или другими биологическими жидкостями.

Маски — обеспечивают минимальную защиту от микроорганизмов (около 10%), передающихся воздушно-капельным путем. Используются четырехслойные марлевые маски, маски из материала, обеспечивающего хорошую фильтрацию микроорганизмов (из нетканого материала), но их защитные свойства теряются при неплотном прилегании маски к лицу.

Маску все равно нужно надевать, но носить ее непрерывно можно не более двух часов. При увлажнении от выдыхаемого воздуха ее следует сменить раньше.

Обувь и медицинские шапочки — не защищают от инфекции.

Защитные очки и щитки — защищают глаза, рот, нос от попадания в них крови и других биологических жидкостей.

> **Пользуясь защитной одеждой, правильно снимайте ее, чтобы не загрязнить свои руки, одежду и окружающие предметы!**

Уровни обработки рук медицинского работника

Выделяют *три уровня обработки рук*: социальный, гигиенический (дезинфекция кистей рук), хирургический (достигается стерильность кистей рук на определенное время).

Социальный уровень обработки рук

Цель: удалить микрофлору с поверхности рук механическим методом. Обеспечить инфекционную безопасность пациента и персонала.

Показания: социальная обработка рук является простым способом мытья рук. Она проводится: перед и после выполнения лечебных процедур в перчатках и без них; перед и после приема пищи, кормления пациента; после

посещения туалета; перед и после ухода за пациентом, если руки не загрязнены биологическими жидкостями пациента. В противном случае руки обрабатываются на гигиеническом уровне (см. ниже).

Оснащение: мыло хозяйственное (жидкое) для одноразового применения, часы с секундной стрелкой, теплая проточная вода, стерильные салфетки на лотке, индивидуальное полотенце (электросушилка).

Обязательное условие: здоровая кожа рук, ногти не более 1 мм, без покрытия лаком. Перед процедурой вычистить под ногтями, вымыть под проточной водой.

Подготовка к процедуре

1. Снять кольца с пальцев, проверить целостность кожи рук.

2. Завернуть рукава халата до локтя, снять часы.

3. Открыть кран, отрегулировать температуру воды (35–40 °С).

Выполнение процедуры

1. Намылить руки и обмыть водопроводный кран с мылом (локтевой кран не обмывается, если используется кусок мыла, обмыть его, положить на чистую салфетку или в решетчатую мыльницу).

2. Вымыть руки с мылом проточной водой до $^{2}/_{3}$ предплечья в течение 30 секунд, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук, затем вымыть тыл и ладонь каждой кисти и вращательными движениями основания больших пальцев рук.

> **Примечание:** этого времени достаточно для деконтаминации рук на социальном уровне, если поверхность кожи рук намыливается тщательно и не оставляются грязные участки кожи рук.

3. Ополоснуть руки под проточной водой для удаления мыльной пены.

> **Примечание:** держите руки пальцами вверх так, чтобы вода стекала в раковину с локтей (не прикасайтесь к раковине). Наиболее чистыми должны оставаться фаланги пальцев рук.

4. Повторить мытье рук в такой же последовательности.

Окончание процедуры

1. Закрыть кран, пользуясь салфеткой (локтевой кран закрыть движением локтя).

2. Просушить руки сухим чистым индивидуальным полотенцем или сушилкой.

Гигиенический уровень обработки рук

Более эффективным является гигиенический способ обработки рук.

Цель: обеспечение деконтаминации рук на гигиеническом уровне.

Показания:

- перед надеванием и после снятия перчаток;
- после контакта с биологическими жидкостями организма и после возможного микробного загрязнения;
- перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом.

Оснащение: мыло хозяйственное, часы с секундной стрелкой, теплая проточная вода, стерильные: пинцет, ватные шарики, салфетки. Емкость для сброса с дезраствором.

Обязательное условие: отсутствие на руках повреждений кожи.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Снять кольца с пальцев рук.	Подготовка к обработке необходимой поверхности руки.
2. Завернуть рукава халата на 2/3 предплечья, снять часы.	Обеспечение инфекционной безопасности медсестры.
3. Открыть кран.	Используется проточная вода.

Этапы	Примечания
Выполнение процедуры	
1. Вымыть руки с мылом проточной водой до 2/3 предплечья, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук в течение 10 секунд.	Обеспечение наибольшей степени деконтаминации пальцев рук, соблюдение принципа обработки поверхностей «от чистого к грязному».
2. Ополоснуть руки под проточной водой для удаления мыльной пены.	
3. Повторить мытье каждой руки до 5–6 раз.	
Завершение процедуры	
1. Осушить руки салфеткой.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Сбросить салфетку в емкость с дезраствором.	
3. Закрыть кран, пользуясь стерильной салфеткой, или попросить помощника сделать это.	

Примечание: при отсутствии необходимых условий для гигиенического мытья рук, можно обработать их с помощью 3–5 мл антисептика в течение 2 минут.

Обработка рук на хирургическом уровне

Способ обработки рук 0,5%-ным спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата

Цель: достичь стерильности рук медицинской сестры.

Показания:

– необходимость накрытия стерильного стола;
– участие в операции, пункции;
– участие в родах.

Противопоказания:

– наличие на руках и теле гнойничков;
– трещины и ранения кожи;

– кожные заболевания.

Оснащение:

– мыло хозяйственное одноразовое;

– песочные часы (1 мин, 3 мин);

– 0,5%-ный спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата 20–30 мл;

– стерильный лоток с корнцангом;

– стерильный бикс с целевой укладкой для накрытия стерильного стола.

Обязательное условие: работа осуществляется в зонах строгой или особой стерильности.

Выполнение процедуры достигается с помощью помощника, подающего стерильный материал из бикса с соблюдением правил асептики.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Вымыть руки простым способом.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Поставить стерильный бикс с бельем, укрепить его, проверить маркировку и стерильность бикса по внешнему виду.	Обеспечение инфекционного контроля.
3. Открыть бикс с помощью педали или помощника.	Соблюдение инфекционной безопасности.
4. Извлечь индикаторы стерильности, оценить их состояние.	Проведение контроля качества стерилизации.
5. Взять из бикса с помощью корнцанга последовательно стерильную косынку, затем маску, надеть их.	Соблюдение стерильности.
6. Положить корнцанг в лоток.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение процедуры	
1. Вымыть руки с мылом проточной водой до локтевого сги-	Достигается гигиенический уровень обработки рук.

Этапы	Примечания
Выполнение процедуры	
ба в течение 1 минуты, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук.	Следить по песочным часам.
2. Ополоснуть руки под проточной водой для удаления мыльной пены от ногтевых фаланг до локтевого сгиба.	
3. Высушить руки стерильным полотенцем.	
4. Обработать каждую руку малыми стерильными салфетками, смоченными 0,5%-ным спиртовым раствором хлоргексидина от ногтевых фаланг до локтевого сгиба двукратно в течение 3 минут.	Достигается хирургический уровень обработки рук. Следить по часам.
Завершение процедуры	
1. Надеть стерильную одежду, перчатки.	Соблюдение асептики.



Рис. 1. Хирургический уровень обработки рук (начальный этап)

Правила надевания стерильных перчаток

1. Взять перчатки в стерильной упаковке, развернуть.
2. Взять перчатку для правой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.
3. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.

4. Надеть перчатку, не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки.

5. Взять перчатку для левой руки вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.

6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку.

7. Расправить отвороты на левой, затем на правой перчатке, натянув их на рукав.

Правила снятия стерильных перчаток

1. Взять пальцами правой руки в перчатке за отворот на левой перчатке, касаясь ее с наружной стороны, сделать отворот.

2. Взять пальцами левой руки в перчатке за отворот на правой перчатке, касаясь ее с наружной стороны, сделать отворот.

3. Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот в правой руке.

4. Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая ее наизнанку (левая перчатка оказалась внутри правой).

5. Погрузить обе перчатки в емкость с дезинфицирующим раствором.

> **Примечание:** перчатки однократного применения после дезинфекции утилизируются, а перчатки многократного применения обрабатываются, как изделия медицинского назначения.

Профилактика внутрибольничных инфекций

С целью профилактики внутрибольничных инфекций в учреждениях здравоохранения осуществляется следующий комплекс мероприятий.

1. Соблюдается санитарно-гигиенический режим.

2. Соблюдается порядок приема пациентов в стационар (осмотр и обработка при выявлении педикулеза, измерение температуры, взятие мазков из носа и зева на стафилококк).

3. Уборка, использование, дезинфекция уборочного инвентаря, его хранение проводятся согласно приказу МЗ РФ № 288 и СанПиН 5 179-90 г.

4. Соблюдается порядок хранения рабочей одежды.

5. Санитарная обработка пациентов в отделении и смена белья проводится один раз в семь дней и по необходимости.

6. Соблюдается порядок хранения грязного белья, личной одежды пациента.

7. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация предметов медицинского назначения, предметов ухода проводятся согласно приказам МЗ РФ: ОСТ 42-21-02-85 г. и приказу МЗ РФ № 408, а также методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения, утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ — 287-113.

8. Проводится активное выявление инфекционных пациентов (подозрение на кишечную инфекцию, брюшной тиф, дифтерию, вирусный гепатит), соблюдаются сроки наблюдения за контактными больными.

9. Соблюдается режим питания: оснащение раздаточных, буфетных, время реализации готовой пищи, порядок сбора и удаления пищевых отходов, порядок обработки посуды, ветоши, уборочный инвентарь и его хранение, порядок хранения передач.

10. На случай выявления пациентов карантинными и особо опасными инфекциями в отделениях имеются схемы-памятки поведения медперсонала при выявлении подозрительных пациентов, оказания первой помощи, схемы оповещения, укладки по особо опасным инфекциям.

11. Соблюдаются правила сбора, хранения и удаления отходов в лечебно-профилактических учреждениях (СанПиН 2.1.7.728-99).

Общие меры безопасности медицинской сестры на рабочем месте

Медицинская сестра обязана:

1. Соблюдать уровни мытья рук.

2. Надевать перчатки при контакте с биологическими жидкостями, в том числе с кровью.

3. Мыть руки сразу после снятия перчаток.

4. Немедленно убирать пролитый или просыпанный инфицированный материал.

5. Дезинфицировать использованный инструментарий, предметы ухода, оборудование и перевязочный материал сразу после использования в соответствии с нормативной документацией, регламентирующей способы, режимы и средства дезинфекции.

Схема проведения дезинфекции при внутрибольничных инфекциях

1. Пациента временно изолировать, перевести в инфекционное отделение или в изолятор (в зависимости от вида инфекционного заболевания).

2. Приготовить дезинфицирующие растворы нужной концентрации.

3. Приготовить промаркированный уборочный инвентарь.

4. Обеззаразить остатки пищи, посуду.

5. Уложить в клеенчатый мешок вещи для камерной дезинфекции.

6. Мебель отодвинуть от стен, провести заключительную дезинфекцию методом орошения (при острозаразной инфекции) или двукратным протиранием с экспозицией — 30–45 мин (при гнойно-септической инфекции).

7. Оросить отопительные батареи, плинтусы, стены, окна; двери, покрытые масляной краской, протереть чистой ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

8. Мусор собирают к выходу, складывают в ведро и сжигают или обеззараживают.

9. После обработки стен и предметов обстановки проводят повторное обильное орошение пола дезинфицирующим раствором.

10. Обеззараживание различных объектов проводят дезинфицирующими, моющими, чистящими средствами соответствующих концентраций для данной инфекции (приказ МЗ СССР № 916, 1983 г.).

11. Уложить в клеенчатый мешок спецодежду для камерной дезинфекции.

Санитарная обработка пациента при педикулезе

Осуществляется в санпропускнике приемного отделения и включает:

1. Дезинсекцию — уничтожение вредных насекомых (вшей), если они обнаружены при осмотре пациента, проводят комплексно, уничтожая вшей в любой стадии развития на теле пациента, на белье, одежде и других предметах, как химическим, так и механическим способом.

2. Гигиеническую ванну, душ или обтирание пациента, в зависимости от его состояния здоровья.

3. Стрижку волос и ногтей пациента.

4. Переодевание пациента в чистое белье и одежду.

Организация противопедикулезных мероприятий в стационаре

Действия персонала при выявлении педикулеза регламентируются Приказом МЗ СССР от 05.03.87 г. № 320 «Организация и проведение мероприятий по борьбе с педикулезом».

В приемном отделении стационара осуществляется обязательный осмотр на педикулез всех поступающих. Результат осмотра фиксируется в истории болезни и журнале осмотра на педикулез или «Журнале учета инфекционных заболеваний».

При обнаружении педикулеза производят:

- регистрацию в журнале (ф. № 60);
- отправляется экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф. № 058/у) в ЦГСЭН для регистрации педикулеза по месту жительства пациента;
- делается отметка на лицевой стороне истории болезни;
- проводятся санитарная обработка пациента, дезинсекция и дезинфекция помещений и предметов, с которыми контактировал пациент.

Противопедикулезная обработка производится на месте выявления с использованием содержимого специальной укладки (см. выше). Вещи пациента подвергаются камерной обработке.

1. Повторный осмотр волосистой части головы пациента проводится через 7 дней. При необходимости производится повторная санитарная обработка.

2. При обнаружении платяных вшей необходимо срочно вызвать специалистов ЦГСЭН для обработки людей.

3. При обнаружении лобковых вшей проводят санитарную обработку горячей водой с мылом и мочалкой с последующей сменой белья. С согласия пациента, в случае необходимости, сбривают волосы.

4. При обнаружении платяных вшей кипятят белье, проглаживают горячим утюгом швы, складки одежды, не подлежащей кипячению.

В лечебном отделении стационара:

• пациент, санированный в приемном отделении по педикулезу, при поступлении в лечебное отделение осматривается ПОВТОРНО;

• все пациенты, находящиеся на лечении, систематически осматриваются на педикулез каждые семь дней;

• в случае выявления педикулеза обработка проводится в отделении с использованием противопедикулезной укладки приемного отделения.

> **Внимание!** Осмотр и дезинсекция тяжелобольного пациента производятся после оказания экстренной медицинской помощи.

Дезинфекция и стерилизация

Дезинфекция — это уничтожение в окружающей человека среде патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. При дезинфекции гибнут только вегетирующие формы микроорганизмов, загрязняющие обрабатываемые предметы.

Добиться уничтожения микроорганизмов можно путем воздействия как физических факторов, так и химических средств — в зависимости от продолжительности воздействия (экспозиции) и интенсивности (концентрации) дезинфицирующих средств.

Стерилизация — это уничтожение не только всех вегетирующих форм микроорганизмов, но и их спор, которые, как известно, отличаются особой устойчивостью к воздействию внешней среды.

Виды дезинфекции

Различают профилактическую и очаговую дезинфекцию.

1. *Профилактическая дезинфекция* осуществляется с целью предупреждения внутрибольничных инфекций.

2. *Очаговая дезинфекция* делится на *очаговую текущую дезинфекцию*, которая осуществляется в очаге инфекции, у постели инфекционного больного, проводится многократно, и *очаговую заключительную дезинфекцию*, которая проводится однократно после изоляции, госпитализации в инфекционное отделение, выздоровления или смерти больного с целью полного освобождения инфекционного очага от возбудителей заболевания.

В ЛПУ проведение дезинфекционных мероприятий в основном возлагается на средний медицинский персонал, который должен руководствоваться инструктивно-методическими документами: приказами Минздрава России о проведении дезинфекционных мероприятий в ЛПУ определенного профиля; методическими указаниями по проведению дезинфекционных мероприятий при отдельных видах инфекционных заболеваний; методическими указаниями по применению конкретных средств и методов дезинфекции.

Методы дезинфекции

Различают механические, физические и комбинированные методы дезинфекции.

Механические методы дезинфекции. К ним относятся:

- влажная уборка помещений и обстановки;
- выколачивание одежды, постельного белья и постельных принадлежностей;
- освобождение помещений от пыли с помощью пылесоса, побелка и окраска помещений;
- мытье рук.

Физические методы (термические) дезинфекции. К физическим методам дезинфекции относятся следующие методы:

- использование солнечных лучей;
- облучение ультрафиолетовыми излучателями для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях (руководство Р 3.1 683-98);
- проглаживание горячим утюгом, обжиг, прокаливание;
- сжигание мусора и предметов, не имевших ценности;
- обработка кипятком или нагревание до кипения;
- пастеризация;
- тиндализация (дробная пастеризация в течение 6–7 дней при 60 °С, экспозиция — 1 час);
- кипячение в дистиллированной воде — 30 мин, а с добавлением натрия двууглекислого (питьевой соды) — 15 мин при полном погружении. Перед кипячением изделия очищают от органических загрязнений в отдельной емкости, промывают с соблюдением мер противоэпидемической защиты, промывные воды дезинфицируют и выливают в канализацию. Отчет времени кипячения начинают с момента закипания воды;
- воздушный метод дезинфекции (без упаковки, в сухожаровом шкафу при t° — 120 °С, экспозиция 45 мин с момента достижения заданной температуры) используется, если изделия из стекла, металлов, резины, латекса,

термостойких полимерных металлов не загрязнены органическими веществами;

• паровой метод используется, если те же изделия не требуют предварительной очистки. Дезинфицирующий агент: водяной пар под избыточным давлением 0,5 атм. *Режим дезинфекции*: температура — 110 °С, экспозиция — 20 мин, в стерилизационных коробках — биксах и дезкамерах, автоклаве. Используется очень редко.

Физический метод — самый надежный и безвредный для персонала. Если позволяют условия, а именно: оборудование, номенклатура изделий — следует отдать предпочтение этому методу.

Химические методы дезинфекции

Наиболее широко в ЛПУ используется химический метод дезинфекции способом полного погружения. Для изделий и их частей, не соприкасающихся с пациентом, используется метод двукратного протирания салфеткой из бязи, марли, смоченной в дезинфицирующем растворе.

Нельзя использовать для протирания средства дезинфекции: *сайдекс, формалин, глутарал, бианол, дезоксон-1* и др., так как они оказывают побочное токсическое действие на организм человека. Применять в ЛПУ можно только те дезинфицирующие средства, которые официально разрешены Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава России, зарегистрированы в Бюро по регистрации лекарственных средств и на которые имеются: Свидетельство о государственной регистрации, Сертификат соответствия системы ГОСТ и Методические указания по применению, утвержденные вышеуказанным департаментом.

К химическим методам дезинфекции относятся:

• орошение;
• протирание;
• полное погружение;
• распыление.

Комбинированные методы дезинфекции

При комбинированном методе дезинфекция осуществляется в специальных дезинфекционных камерах.

Паровоздушный — увлажненным воздухом при температуре дезинфекции t° — 110 °С, давлении 0,5 атм., экспозиции 20 мин.

Пароформалиновый: в режиме 0,5 атм., t° — 90 °С, экспозиция 30 мин.

Сущность камерной дезинфекции заключается в прогревании содержимого камер горячим воздухом (паром) до определенной температуры и при избыточном давлении, а при необходимости усиления воздействия пара — в дополнительном введении в камеру формальдегида (формалина).

Дезинфицирующие средства

В России существует Государственная система санитарно-эпидемического нормирования, которая издает официальные документы по профилактике инфекционных болезней. В настоящее время разрешены к применению 242 средства дезинфекции и стерилизации, различающиеся физико-химическими свойствами, специфической биологической (антимикробной) активностью, токсичностью, назначением, сферой применения.

Для дезинфекции в ЛПУ применяют средства, относящиеся к группам:

1. Галлоидсодержащие: *хлорсодержащие* — хлорная известь; гипохлорит кальция нейтральный; гипохлорит натрия; жавель активный; аналит; каталит; нейтральный аналит. Органические хлорсодержащие соединения: хлорамин, хлорсепт; пресепт; диохлор; галлоидсодержащие: на *основе брома* — аквабор; *на основе йода* — йодонат и др.

2. Кислородсодержащие: *перекисные соединения* (перекись водорода 3–33%, перформ, ПВК, ПВК-1 и др.); надкислоты («Первомур», «Дезоксон-1», «Дезоксон-4», «Виркон» и др.).

3. Альдегидсодержащие: формальдегид, септодор, сайдекс, дюльбак, глутарал, гигасепт, лизоформин-3000, дезоформ, бианол, деконекс, терралин, альдазан-2000 и др. Эти средства рекомендованы для изделий из стекла, металлов, резин, пластмасс. Недостатком многих средств этой группы является их способность фиксировать органические загрязнения на поверхности и в каналах изделий, то есть сначала необходимо отмыть загрязнения, а затем дезинфицировать.

4. Фенолсодержащие соединения: амоцид, амоцид-2000.

5. Поверхностно-активные вещества (ПАВ): амфолан, аламинол, деорол, дюльбак, катамин, гибитан, велтосепт и др.

6. Спирты: спирт этиловый 70%, сагросепт, асептинол, кутасепт, октинесепт, дамисепт, софтасепт, октенидерм и другие. Применение спирта рекомендовано только для изделий из металла, но спирт также фиксирует загрязнения.

7. Гуанидины: гибитан, демос, катамин АБ, лизетол, полисепт, фугоцид.

8. Средства на основе перекиси: пероксимед, ПВК и другие предназначаются для изделий из коррозийностойких металлов, резины, пластмасс, стекла.

Химические средства дезинфекции, обладающие сильными окисляющими свойствами, используются в виде водных растворов, эмульсий, порошков и др. Группа дезинфицирующих средств с моющим эффектом (дезинфекция и предстерилизационная очистка проводятся в одном процессе) состоит из следующих средств: «Пероксимед», «Виркон», нейтральные аналиты, «Септодор-Форте» и др.

Основные приказы по санитарно-противоэпидемическому режиму ЛПУ, рекомендации

В настоящее время для выполнения санитарно-противоэпидемического режима ЛПУ действуют следующие документы.

1. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, роддомов, др. лечебных стационаров (СанПиН 5 179-90 МЗ России, М., 1990), определяющие санитарное содержание различных помещений стационара, оборудования, инвентаря, личную гигиену пациентов и обслуживающего персонала.

2. Отраслевой стандарт 42-21-2-85, определяющий методы, средства и режим дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения (шприцев, игл, инструментария).

3. Приказ МЗ РФ от 12.07.89 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране», где четко указаны меры по профилактике профессионального заражения в процедурном кабинете.

4. Приказ МЗ РФ от 31.07.78 г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».

5. Приказ МЗ РФ от 04.08.83 г. № 916 «Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц».

6. Методические рекомендации по повышению надежности стерилизационных мероприятий в ЛПУ по системе «Чистый инструмент» (1994 г.) и некоторые другие инструкции и рекомендации.

7. Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения, утвержденные МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113.

8. Инструкция № 154.021.98 ИП по применению «Индикаторов стерилизации одноразового применения ИС-120, ИС-132, ИС-160, ИС-180» для контроля параметров режимов работы паровых и воздушных стерилизаторов.

9. Руководство Р 3.1.683-98 по «Использованию ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях». МЗ России, М., 1998 г. и др.

За невыполнение данных приказов, инструкций и рекомендаций медперсонал несет юридическую ответственность по статьям Уголовного кодекса Российской Федерации.

Характеристика основных средств дезинфекции

Основными средствами дезинфекции являются хлорсодержащие, кислородсодержащие, поверхностно-активные средства, гуанидины, альдегидосодержащие, спирты, фенолсодержащие средства.

В Методических указаниях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения, утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113 дан перечень основных средств дезинфекции и их характеристика. Наибольшее значение из них имеют следующие средства.

Хлорная известь представляет собой порошок белого цвета, щелочной реакции, имеющий резкий раздражающий запах. Качество хлорной извести зависит от содержания активного хлора (Cl^-) в количестве 25% по активному хлору. При снижении активности хлора до 15% хлорная известь к применению непригодна.

Применяется для обеззараживания воды, посуды, помещений, выделений пациента, туалетов и т. д. в виде 0,5–10% водных растворов и в сухом виде. Сухой хлорной известью засыпают только выделения пациента, остатки пищи, промывные воды в соотношении 1:5 (200 г сухой хлорной извести на 1 л биологических жидкостей).

Хлорамин-Б. Активность — 26% по активному хлору (Cl^-). Исходным продуктом для изготовления хлорамина-Б является бензол (хлорамина-Т — толуол). Хлорамин-Б растворим в воде, его растворы не портят и не обесцвечивают ткани. Горячие растворы (50–60 °С) и активированные растворы хлорамина обладают более высоким обеззараживающим действием.

Применяется хлорамин для дезинфекции предметов медицинского назначения, профилактической и очаговой дез-

инфекции (кишечные, капельные инфекции бактериальной и вирусной этиологии, туберкулезе, грибковых заболеваниях).

Гипохлорид кальция нейтральный. Активность 52% активного хлора (Cl^-). В лечебных учреждениях используется порошкообразный гипохлорид кальция (ДТСГК — 2/3-основная соль гипохлорида кальция) белого цвета. Образуется слегка мутный раствор, который можно использовать через 30 мин после приготовления. Стоек при хранении, мало гигроскопичен и даже на воздухе сохраняет активность по Cl^-.

Гипохлорит натрия, получаемый электрохимическим методом (установки ЭЛМА-1, ЭМУ-1, ЭЛИСА, УДР-01 др.) из раствора поваренной соли (60 г на 1 л воды) методом электролиза в виде концентрированных основных растворов с содержанием активного хлора 1–3%. Сроки годности раствора зависят от типа установки для их получения.

Рабочие растворы 0,5% концентрации используют при вирусной инфекции с экспозицией 60 мин при полном погружении для изделий из стекла, пластмасс (ПВХ), силиконовой резины. Рабочие растворы 0,25% концентрации используют при бактериальной инфекции (кроме туберкулеза) с экспозицией 15 мин при полном погружении, а растворы 0,3% концентрации — при дерматофитии в течение 15 минут.

Для дезинфекции помещений в присутствии людей разрешается использовать растворы 0,125% концентрации с применением моющих средств «Лотос», «Астра», «Прогресс» 0,5% концентрации. Нормы расхода раствора 0,125% концентрации при дезинфекции помещений — 200 мл на 1 м^2. Для замочки белья при инфекции (кроме туберкулеза) — 4 л на 1 кг. Посуды — 2 л на 1 комплект.

Хлоргексидин биглюконат («Гибитан») (производство фирм Англии и Польши) — прозрачный 20% раствор, не имеет запаха. Особых условий хранения не требует. Относится к классу так называемых поверхностно-активных веществ. Хорошо растворим в воде, спирте, не изменяет

своих свойств при длительном хранении, имеет длительный антимикробный эффект, обладает выраженным дезодорирующим действием, не вызывает явной коррозии металлов при кратковременном (2–3 мин) пребывании инструментов в растворе.

На протей, кислотоустойчивые палочки, вирусы и споры препарат действия не оказывает.

Предназначен для обеззараживания хирургического инструментария, рук хирурга, медсестер, акушерок. Используется в качестве лечебного, антисептического средства, а также для текущей и заключительной дезинфекции.

Перекись водорода (H_2O_2) относится к группе окислителей. Выпускается промышленностью в виде водного раствора 29–30% концентрации под названием *пергидроль*. Представляет собой жидкость без запаха и цвета, горько вяжущего вкуса. Обладает высокими бактерицидными свойствами. Растворы перекиси водорода 0,5–6% концентрации не портят предметы, не коррозируют металлы, малотоксичны; 3–4% концентрации, с экспозицией от 80 до 180 мин, применяются с моющими средствами («Прогресс» и др.). Позволяет объединить процесс химического обеззараживания после отмывания крови с механической очисткой, в результате чего усиливается дезинфицирующий эффект; 0,5% концентрации с 0,5% моющим средством для предстерилизационной очистки при температуре 45–50 °С, экспозиция 15 минут.

Растворы перекиси водорода хранятся в темном прохладном месте, недоступном для общего пользования. Бутыли с пергидролем должны иметь кожух. Переносить осторожно.

Аламинол («Ниопик», Россия) относится к группе ПАВ (поверхностно-активных веществ). Обладает высоким антимикробным действием против бактерий, вирусов, грибов. Обладает моющими свойствами. Используется для дезинфекции поверхностей помещений, предметов ухода за пациентами, санитарно-технического оборудования, предстерилизационной очистки инструментов и других предметов медицинского назначения (стоматологических, гиб-

ких и жестких эндоскопов). Выпускается в виде концентрата. Используется для дезинфекции и предстерилизационной очистки, совмещенных в одном процессе, против вирусной инфекции в виде 5–8% рабочего раствора (зависит от конструкции прибора), экспозиция 60 мин при комнатной температуре, затем мойки в том же растворе в течение 0,5–1 мин и ополаскивания проточной питьевой водой в течение 3 мин изделий из стекла, резин, пластмасс, металлов (исключая углеродистую сталь), в т. ч. стоматологические инструменты. При бактериальной инфекции, а также туберкулезе, кандидозах, дерматофитии используются 5% концентрации рабочих растворов. Этапы обработки не изменяются.

Септабик («Абик», Израиль) относится к группе ПАВ (поверхностно-активных веществ). Обладает высоким антимикробным действием против бактерий, вирусов, грибов. Обладает моющими свойствами. Выпускается в виде концентрата и порошка. Используется для дезинфекции и предстерилизационной очистки, совмещенных в одном процессе против вирусной, бактериальной инфекции, кандидозах, дерматофитии в виде 1% рабочего раствора, экспозиция 60–120 мин (зависит от конструкции прибора) при комнатной температуре. При туберкулезе используется 3% раствор септабика в течение 60 мин методом полного погружения, затем мойки в том же растворе в течение 0,5 – 1 мин и ополаскивания проточной питьевой водой в течение 3 мин изделий из стекла, резин, пластмасс, металлов, стоматологических инструментов, эндоскопов.

Виды контроля пригодности дезинфицирующих средств

1. Визуальный контроль проводит сотрудник (лаборант, врач) дезстанции.

2. Бактериологический контроль осуществляет лаборант дезстанции (взятие смывов в количестве 1% от числа шприцев, игл и т. д.).

3. Химический контроль, при котором отбирают пробы сухого вещества и дезинфицирующих растворов и доставляют в дезлабораторию, где определяют в пробах содержание активного хлора (Cl^-) и делают заключение о правильности приготовления растворов (контроль доставки проб осуществляет старшая медицинская сестра отделения).

Средства проведения дезинфекционных мероприятий

Для проведения дезинфекционных мероприятий используют только то оборудование (моечные машины, емкости с эмалированным покрытием, пластмассовые контейнеры, стерилизаторы), которое разрешено в установленном порядке.

Требования к оборудованию для дезинфекции

1. Емкости должны иметь крышки.

2. Емкости и крышки маркируются и должны иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления. Для растворов многократного использования указывают дату и час использования средства.

3. Дорогостоящие изделия (эндоскопы, инструменты к гибким эндоскопам) дезинфицируются по дополнительным инструктивно-методическим документам.

4. Выбор оборудования для дезинфекции зависит от особенностей изделия и его назначения.

Для проведения дезинфекционных мероприятий необходимо иметь следующее оснащение:

- гидропульт (с чехлом);
- ведра эмалированные или емкости с отметками на 1–5 и 10 л;
- клеенчатые мешки для транспортировки вещей в дезинфекционную камеру (соблюдайте маркировку!);

• тару для дезинфицирующих средств;
• чистую обеззараженную ветошь;
• клеенчатые мешки для использованной ветоши и использованных комплектов спецодежды;
• расфасованные дезинфицирующие средства;
• спецодежду: халаты, колпаки, респираторы, защитные очки, резиновые перчатки.

Правила охраны труда при работе с дезинфицирующими средствами

1. Соблюдение правил хранения химических средств дезинфекции.

2. Упаковка средств дезинфекции должна иметь паспорт с указанием названия, назначения, даты приготовления и срока годности.

3. Соблюдение правил личной гигиены при приготовлении дезинфицирующих растворов (спецхалаты, косынка, респиратор, защитные очки, резиновые перчатки, сменная обувь).

4. Приготовление дезинфицирующих растворов, расфасовку производят в вытяжном шкафу или помещении с приточно-вытяжной вентиляцией.

5. При попадании на кожу средств дезинфекции немедленно смыть их водой.

6. При попадании в глаза — промыть 2% содовым раствором, при необходимости закапать альбуцидом 30%, если боль не утихает — глазные капли с новокаином 2%.

7. При раздражении дыхательных путей немедленно выйти в другое, проветриваемое помещение или на свежий воздух, принять теплое молоко с содой, провести полоскание полости рта 2% содовым раствором, по необходимости назначаются сердечные, успокаивающие и противокашлевые средства.

Хранение и приготовление хлорсодержащих препаратов

1. Хранить в темном, сухом, прохладном и хорошо проветренном помещении на стеллажах, в плотно закрытой таре, так как при неправильном хранении они быстро разлагаются с потерей активного хлора. Препарат должен иметь стандартную упаковку с указанием названия препарата, даты приготовления и срока годности. Не допускается хранение в железной таре.

2. Комната централизованного приготовления дезинфицирующих растворов оборудуется приточно-вытяжной вентиляцией и следующим инвентарем:

- две емкости, расположенные на разных уровнях (эмалированные, пластмассовые, стеклянные);
- весы для взвешивания препаратов;
- сито капроновое или марля для процеживания маточного раствора;
- деревянная лопаточка, эмалированный ковш.

Спецодежда:

- длинный халат, шапочка, резиновые сапоги, клеенчатый фартук;
- резиновые и х/б перчатки, рукавицы;
- респираторы РПГ-67 или РУ-60 м;
- защитные очки типа ПО-2, ПО-3;
- медицинская аптечка.

Документация:

- журнал учета расходования дезинфицирующих средств;
- журнал приготовления маточного раствора;
- папка с результатом химического контроля сухого препарата и дезрастворов на содержание активного хлора;
- инструкции по приготовлению дезрастворов.

Техника приготовления дезинфицирующих растворов

Приготовление 10% основного осветленного раствора хлорной извести (10 л)

Цель: использование для приготовления рабочих растворов различной концентрации для дезинфекции помещений, посуды, туалетов, выделений пациентов и др.

Оснащение:

– *спецодежда*: длинный халат, шапочка, фартук из клеенки, перчатки медицинские, респиратор, защитные очки, сменная обувь;

– сухая хлорная известь в стандартной упаковке с указанием названия, даты приготовления, срока годности, активности по активному хлору (Cl^-);

– емкости для дезрастворов (эмалированные, пластмассовые, из темного стекла) с соответствующей маркировкой;

– *документация*: журнал приготовления 10% раствора хлорной извести, журнал контроля сухого препарата по активному хлору;

– деревянная лопатка для размешивания раствора;

– средства личной гигиены: мыло, индивидуальное полотенце.

Обязательные условия:

– содержание активного хлора соответствует 25%;

– приготовление осуществлять в комнате с приточно-вытяжной вентиляцией, специальным инвентарем и оснащением, при отсутствии людей.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Надеть спецодежду.	Соблюдение безопасности сестры на рабочем месте, профилактика воздействия токсичных веществ на организм медицинской сестры.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
2. Подготовить оснащение.	Обеспечение четкости в работе.
3. Отметить время начала процедуры.	Соблюдение методики приготовления раствора.
4. Налить в емкость небольшое количество воды.	Предупреждение распыления порошка из хлорной извести.
5. Высыпать 1 кг сухой хлорной извести, размешивая деревянной лопаткой и разминая комочки.	Соблюдение методики приготовления растворов (приказ № 916).
6. Долить водой до 10 литров, перемешивая до однородной массы.	
7. Закрыть емкость крышкой. **Примечание:** хлорная известь на свету теряет свои бактерицидные свойства.	
8. Сделать отметку на бирке о времени приготовления, поставить свою подпись.	Соблюдение преемственности в работе и обеспечение личной ответственности.
9. Снять спецодежду.	
10. Вымыть руки, лицо с мылом, вытереть насухо.	Соблюдение безопасности сестры на рабочем месте.
11. Закрыть на замок комнату.	Соблюдение правил охраны труда при работе с дезсредствами. Соблюдение правил хранения дезсредств.
12. Перемешивать раствор несколько раз в течение суток.	Обеспечение полного растворения сухого вещества в воде.
Завершение процедуры	
1. Надеть спецодежду.	Соблюдение безопасности сестры на рабочем месте.
2. Слить через 24 часа отстоявшийся раствор в другую емкость с маркировкой: 10%-ный основной осветленный раствор хлорной извести (маточный),	Соблюдение методики приготовления раствора. Обеспечение личной ответственности, преемственности в работе.

Этапы	Примечания
Завершение процедуры	
поставить дату приготовления, отметить в журнале учета, поставить свою подпись.	
3. Снять спецодежду.	
4. Вымыть руки, вытереть насухо.	Соблюдение личной гигиены.
5. Закрыть на замок комнату.	Соблюдение правил охраны труда. Соблюдение правил хранения хлорсодержащих препаратов.

Приготовление 1% рабочего раствора хлорной извести (10 л)

Цель: использовать для дезинфекции помещений, туалетов, предметов ухода, посуды (согласно приказам по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима).

Оснащение:

– *спецодежда*: длинный халат, шапочка, фартук из клеенки, перчатки медицинские, сменная обувь, респиратор, защитные очки;

– емкости для дезрастворов с соответствующей маркировкой;

– 10% осветленный раствор из хлорной извести (маточный);

– мерная посуда с маркировкой емкостью 1 л и 10 л (ведро);

– вода, 9 л;

– деревянная лопатка.

Обязательные условия:

– содержание активного хлора должно соответствовать 0,25% в приготовленном растворе;

– раствор применяется после приготовления однократно.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Надеть спецодежду.	Соблюдение безопасности сестры на рабочем месте, профилактика воздействия токсичных веществ на организм.
2. Подготовить оснащение.	Обеспечение четкости в работе.
3. Проверить маркировку маточного раствора, ведра для рабочего раствора.	Личная ответственность.
Выполнение процедуры	
1. Взять мерный сосуд на 1 л, налить в емкость 1 л 10%-ного основного осветленного раствора хлорной извести (маточного).	Соблюдение методики приготовления растворов процентной концентрации.
2. Перелить в емкость для 1%-ного рабочего раствора (ведро).	
3. Долить водой до 10 л.	
4. Размешать раствор деревянной лопаткой.	
5. Закрыть крышкой, проверить маркировку, поставить дату приготовления раствора и подпись.	Личная ответственность. Обеспечение преемственности в работе.
Завершение процедуры	
1. Использовать для дезинфекции непосредственно после приготовления. **Примечание:** содержание активного хлора снижается при длительном хранении.	Соблюдение приказов МЗ РФ № 408, 916.
2. Снять спецодежду, вымыть руки, вытереть насухо.	Соблюдение личной гигиены медсестры.

Приготовление 1% раствора хлорамина (1 л)

Цель: использовать для дезинфекции согласно приказам по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима.

Оснащение:

– спецодежда;
– навеска сухого порошка хлорамина 10 г;
– емкость для воды с маркировкой до 1 л;
– емкость для дезраствора;
– деревянная лопатка.

Обязательные условия:

– содержание активного хлора соответствует 0,25%;
– раствор применяется после приготовления однократно.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Надеть спецодежду.	Обеспечение безопасности на рабочем месте.
2. Подготовить оснащение, проверить маркировку.	Соблюдение четкости в работе. Обеспечение личной ответственности.
Выполнение процедуры	
1. Налить в емкость небольшое количество воды.	Предупреждение распыления порошка.
2. Поместить в емкость навеску сухого порошка хлорамина (10 г).	Соблюдение методики приготовления растворов процентной концентрации.
3. Долить воды до метки 1 л.	
4. Перемешать раствор деревянной лопаткой.	
5. Закрыть крышкой.	
6. Проверить маркировку емкости и бирки.	
7. Поставить дату приготовления раствора, подпись.	Обеспечение преемственности в работе с дезрастворами, личная ответственность.

Этапы	Примечания
Завершение процедуры	
1. Использовать свежеприготовленный раствор однократно.	Соблюдение приказа МЗ РФ № 408.
2. Снять спецодежду, вымыть руки, вытереть насухо.	Соблюдение личной гигиены медицинского работника.

Особенности гигиенической уборки помещений стационара

Общие требования

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (мытье полов, протирание мебели, оборудования, подоконников, дверей и т. д.) осуществляется не реже двух раз в сутки (а при необходимости — чаще) с применением моющих (мыльно-содовых, других растворов, разрешенных органами и учреждениями санэпидслужбы) и дезинфицирующих средств (при каждой обработке не менее двух раз в сутки) (см. Приложение № 2).

Протирка оконных стекол должна проводиться не реже одного раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не реже одного раза в четыре — шесть месяцев — снаружи. Для влажной уборки используются жидкие моющие средства.

Весь уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ (например, для мытья полов в процедурном кабинете), использоваться строго по назначению и храниться раздельно.

Генеральная уборка палат и других функциональных палат и кабинетов должна проводиться по утвержденному графику не реже одного раза в месяц с тщательным мыть-

ем стен, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзи и т. п. от пыли.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция) процедурных, перевязочных проводится один раз в неделю с освобождением помещений от оборудования, мебели и другого инвентаря.

Для сбора мусора и отходов в коридорах, туалетах и других вспомогательных помещениях должны быть установлены урны, в процедурных — педальные ведра.

Помещения, требующие соблюдения особого режима стерильности, асептики и антисептики (операционные, перевязочные, процедурные и др.), следует после уборки облучать ультрафиолетовыми стационарными или передвижными бактерицидными лампами из расчета 1 Вт мощности лампы на 1 м^2 площади помещения в течение 2 ч при отсутствии людей и наличии паспорта ламп.

Проветривание палат и других помещений через форточки, створки необходимо осуществлять не менее четырех раз в сутки.

Ежегодно проводится подготовка всех помещений к зиме (проверка и ремонт систем отопления, вентиляции, остекление, утепление и оклейка окон, утепление дверей и т. д.).

Администрация больницы организует постоянное проведение профилактической обработки помещений стационара против насекомых и грызунов по договорам с дезслужбой.

Санитарно-гигиеническая уборка пищеблока и буфетных в отделениях стационара

1. Категорически запрещается оставлять остатки пищи после ее раздачи.

2. Строго соблюдается режим мытья столовой, кухонной и стеклянной посуды.

3. Уборочный инвентарь после мытья полов дезинфицируется в том же ведре, которое использовалось для

уборки (в 0,5% осветленном растворе хлорной извести — 60 мин).

Ежедневно проводится мытье стен, осветительной арматуры, очистка стекол от пыли. Для дезинфекции помещений (полов, стен, дверей и т.п.) применяют 1% осветленный раствор хлорной извести или 1% раствор хлорамина. Весь уборочный инвентарь должен быть промаркирован, храниться в специально отведенном месте.

Буфетчицы должны иметь санитарные книжки.

Бельевой режим стационара

Стационары должны быть обеспечены бельем в соответствии с табелем оснащения в достаточном количестве.

Смена белья должна проводиться по мере загрязнения регулярно, но не реже одного раза в семь дней. Загрязненное выделениями белье подлежит замене незамедлительно. Смену белья родильницам проводят 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец — ежедневно, подкладных салфеток — по необходимости. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

В акушерских стационарах (родильный зал, отделение новорожденных) должно применяться стерильное белье.

Сбор грязного белья от пациентов в отделении должен осуществляться в специальную плотную тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие приспособления) и передаваться в центральную бельевую. Запрещается разборка грязного белья в отделениях.

Временное хранение (не более 12 ч) грязного белья в отделениях следует осуществлять в санитарных комнатах в закрытой таре (емкостях, подвергающихся дезинфекции). Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен сменной санитарной одеждой (халат, перчатки, маска, косынка).

Чистое белье хранят в специально выделенных помещениях (бельевых). В отделении должен храниться суточный запас чистого белья. Хранение суточного запаса белья осуществляется в отдельных помещениях или в отделении на рабочих местах (на постах медсестры в специальных шкафах).

Белье и тара должны быть промаркированы. Отдельно маркируется белье инфекционного отделения. Хранение немаркированного белья не допускается.

Стирка больничного белья осуществляется централизованно в соответствии с инструкцией по технологии обработки белья медицинских учреждений на фабриках-прачечных.

Доставка чистого и грязного белья осуществляется специальным транспортом в специальной таре с маркировкой «чистое» или «грязное» белье в соответствии с его принадлежностью учреждению, отделению. Стирка тканевой тары должна осуществляться одновременно с бельем. Все процессы должны быть максимально механизированы.

После выписки каждого пациента или умершего, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться замене, а затем дезкамерной обработке.

Личная гигиена пациентов

При поступлении в стационар пациенты (за исключением имеющих медицинские противопоказания) могут пройти специальную санитарную обработку в приемном отделении (принятие душа, ванны, стрижка ногтей и другие процедуры при необходимости, в зависимости от результатов осмотра), для чего каждому пациенту выдаются мыло, мочалка индивидуального пользования. После самообработки пациенту выдаются комплект чистого нательного белья, пижама, тапочки. Личная одежда отдается на хранение в специальном мешке с вешалками или передается на хранение родственникам. Допускается нахождение пациентов в стационаре в домашней одежде.

В отделении пациенту выделяются индивидуальные средства ухода: стакан, чашка (кружка), при необходимости — поильник, плевательница, подкладное судно, а также предоставляется право взять в палату предметы личной гигиены (щетку, пасту, мыло, бритву, чашку, ложку и др.) в соответствии со спецификой отделения.

Гигиеническая обработка пациентов осуществляется не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний). Гигиенический уход за тяжелобольным (умывание, протирание лица, частей тела, полоскание полости рта и т. д.) проводится после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье пациентов. Каждый пациент должен быть обеспечен индивидуальным полотенцем и мылом.

Контроль качества текущей и заключительной дезинфекции

Контроль качества текущей и заключительной дезинфекции возложен на сотрудников, ответственных за противоэпидемический режим, ежедневно, а дезстанции — ежеквартально в хирургическом стационаре, а в соматических отделениях — два раза в год.

Различают *химический контроль* (отбирают пробы сухого препарата и дезинфицирующих растворов, доставляют в дезлабораторию, где определяют в пробах содержание активно действующего вещества и делают заключение о правильности приготовления растворов).

Визуальный контроль осуществляет врач или лаборант дезстанции.

Бактериологический контроль (смывы берут в количестве 1% от общего числа предметов, но не менее трех проб) осуществляют специалисты дезстанции.

Профилактическая (текущая) дезинфекция

Уборка всех помещений производится не реже двух раз в сутки с применением моющих и дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией, утвержденной Минздравом РФ. Емкости с дезинфицирующими растворами должны быть промаркированы с указанием названия, концентрации и даты приготовления. Дезинфицирующие растворы хранят в недоступном для пациентов, специально выделенном месте, помещении. Весь уборочный материал должен быть промаркирован. Инвентарь для уборки туалетов хранится только в туалете. После уборки ветошь дезинфицируется в 0,5% растворе хлорной извести или 1% растворе хлорамина с экспозицией 1 час или в другом регламентированном растворе. Руки следует мыть хозяйственным мылом, а после осмотра инфекционного пациента обработать в 0,2% растворе хлорамина или 0,1% растворе «Дезоксон» в течение 2 минут.

Профилактическая дезинфекция и стерилизация различных объектов терапевтического отделения

Наименование объекта

• Дезагент, режим дезинфекции и стерилизации (1, 2, подпункты).

• Примечание.

Термометры ртутные медицинские

• 2% раствор хлорамина — 15 мин. При полном погружении, затем промыть водой, хранить в сухом виде.

Шпатели металлические

• Кипячение в дистиллированной воде — 30 мин или обработка сухим воздухом при температуре 120 °С — 45 мин (в режиме дезинфекции).

• Обработка сухим воздухом при температуре 180 °С — 60 минут.

Кушетки

• Кушетка полностью покрыта клеенкой.

1% р-р хлорамина, двукратное протирание, или 3% р-р хлорамина, двукратное протирание, если загрязнена кровью и ее компонентами или другими биологическими жидкостями.

Ножницы

• Кипячение в дистиллированной воде — 30 мин или в 2% содовом растворе — 15 мин. При полном погружении.

Мочалки для мытья пациентов

• Кипячение в дистиллированной воде — 30 мин.

• Просушить.

Индивидуальная мочалка, мыло.

Ванна

• Дезинфекция 3% р-ром хлорной извести, двукратное протирание (или 1% р-р хлорамина, экспозиция 60 мин, или другой регламентированный раствор).

• Натирать ветошью с моюще-дезинфицирующим или чистяще-дезинфицирующим средством из расчета $^1/_2$ г на 100 кв. см, экспозиция 5 мин, затем ополоснуть проточной водой.

• Ополоснуть холодной водой.

Резиновые коврики в душевой комнате

• 5% р-р хлорамина с 5 г моющего средства в 1 л раствора.

• Полное погружение на 30 мин или натереть, но не смывать до полного высыхания.

Помещения

• Терапия: 1% р-р хлорной извести или 1% р-р хлорамина и 2% мыльно-содовый р-р при температуре 45 °С использовать при каждой обработке 2 раза в сутки.

• Исключения составляют гнойные отделения, наличие инфекции, необходимость дополнительной уборки.

Уборочный материал

• 1% р-р осветленной хлорной извести или 1% р-р хлорамина.

• Полное погружение на 2 ч, полоскание, стирка, сушка. Хранить в сухом месте в специальной упаковке.

Обувь

• 25% р-р формалина или 40% р-р уксусной кислоты, уложить в полиэтиленовый пакет на три часа, проветрить до исчезновения запаха.

Квачи

• В туалете иметь 2 горшка для квачей (не менее двух квачей — в 3% р-ре осветленной хлорной извести), менять два раза в день и при необходимости.

Судна, мочеприемник

• Терапия — 3% осветленный р-р хлорной извести — 1 ч.

• Полное погружение, последующее ополаскивание, хранение в сухом виде.

Грелки, пузыри для льда, резиновые кружки

• Двукратное протирание 1% р-ром хлорамина.

• Промыть горячей водой с мылом, ополоснуть, высушить, хранить в сухом месте.

Наконечники клизменные, катетеры

• 3% р-р хлорамина — 60 мин.

• 0,5% моющий р-р при температуре 45 °С — 15 мин, или кипячение в 2% содовом р-ре — 15 мин с последующей мойкой.

• Автоклавирование.

Мензурки

• 1% р-р хлорамина — 60 мин, ополаскивание или кипячение — 30 минут.

Постельное, нательное белье

• Стирка в прачечной с кипячением в 2% содовом р-ре 15 мин, камерная обработка постельных принадлежностей.

• Мешок замачивается в 1% р-ре хлорамина на 1 час.

Посуда

• Мойка — обезжиривание (200 г соды на 10 л воды с 0,5% моющим средством).

• Мойка — дезинфекция в 0,5% р-ре хлорамина — 30 мин, 0,5% р-ре хлорной извести — 30 мин, или 0,1% р-ре сульфохлорметила, 1% р-ре дихлор-1 или кипячение 30 мин. Ложки, вилки — кипячение 30 минут.

• Мойка-ополаскивание в горячей проточной воде, просушивание.

Ветошь для посуды

• Кипячение в 2% р-ре соды — 15 мин, затем погружение в 0,5% р-р хлорной извести на 1 ч для отбеливания, стирка, сушка.

• Промаркированные емкости — «ветошь чистая», «ветошь грязная».

Тележки

• 1% р-р хлорамина, двукратное протирание до полного высыхания.

Процедурный кабинет

• 1% р-р хлорамина с 0,5% р-ром моющих средств, активированным 10% нашатырным спиртом. Генеральная уборка: 6% перекись водорода с 0,5 г моющего р-ра в 1 л перекиси водорода.

• Обязательное кварцевание, в зависимости от эффективности бактерицидных облучателей, после генеральной уборки.

Перчатки

• 3% р-р хлорамина — 60 мин или другой регламентированный дезраствор, полное погружение.

• 0,5% моющий р-р — 15 мин.

• Автоклавирование, щадящий режим.

Пипетки глазные

• Кипячение в дистиллированной воде — 30 мин, стерилизация в щадящем режиме автоклава в разобранном виде.

Обработка рук

• Спирт 80%, 0,5% р-р хлорамина, или 0,5% спиртовой р-р хлоргексидина, «Первомур-С-4» — по протоколу «хирургический уровень обработки рук».

> **Примечание:** дезинфицирующие растворы необходимо менять на другие регламентируемые растворы с целью профилактики возникновения устойчивых форм микроорганизмов (госпитальных штаммов).

Дезинфекция предметов ухода за пациентом (клеенка, пузырь для льда, грелка, судно, мочеприемник и др.)

Оснащение: спецодежда, использованный предмет ухода; 1% (или 3%) р-р хлорамина или другое дезинфицирующее средство, разрешенное к применению в РФ (перечень основных средств дезинфекции и их характеристика дан в «Методических указаниях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113) (концентрация р-ра, экспозиция и способ обработки выбираются в зависимости от наличия крови и биологических выделений пациента на предметах ухода); ветошь — 2 шт.; емкость для дезинфекции с крышкой и маркировкой.

Обязательное условие: предметы ухода дезинфицируются сразу после использования.

Подготовка к процедуре

1. Надеть спецодежду, перчатки.
2. Подготовить оснащение.
3. Залить в емкость дезинфицирующий р-р нужной концентрации.
4. Выполнить процедуру с использованием предмета ухода.

Выполнение дезинфекции методом полного погружения:

1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости 1% р-ром хлорамина (или 3% р-ром хлорамина, или другим дезинфицирующим р-ром).
2. Снять перчатки.
3. Отметить время начала дезинфекции.
4. Выдержать 60 мин (или необходимое время процесса дезинфекции данным средством) (см. методические указания по его применению).
5. Надеть перчатки.

6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.

Окончание процедуры

1. Вылить дезинфицирующий р-р в раковину (канализацию).

2. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.

3. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.

Метод двукратного протирания:

1. Протереть последовательно двукратно предмет ухода 1% р-ром хлорамина (или 3% р-ром хлорамина, или другим дезинфицирующим р-ром) с промежутком в 15 мин (см. «Методические указания по применению дезинфицирующего средства»).

Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.

2. Дать высохнуть.

3. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.

Окончание процедуры

1. Вылить дезинфицирующий раствор в раковину (канализацию).

2. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.

3. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.

Профилактика профессионального заражения инфекциями, передающимися парентеральным путем, в том числе ВИЧ-инфекцией

В лечебно-профилактических учреждениях постоянно существует риск заражения инфекционными заболеваниями, так как статус вновь поступающих и необследованных пациентов неизвестен. Обследования на ВИЧ-инфекцию назначаются и проводятся в соответствии с Приказом МЗ

и МП РФ от 30. 10. 1995 г. «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию», а также постановлениями регионального министерства здравоохранения.

Профилактические мероприятия в ЛПУ проводятся в соответствии с Приказом МЗ СССР от 12 июля 1989 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране», а также ОСТом 42-21-02-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы», а также «Методических указаний по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения» № МУ-287-113, утвержденных 30 декабря 1998 г. Госсанэпиднадзором МЗ России.

В соответствии с этими документами медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится по эпидемиологическим, клиническим показаниям ***строго на добровольной основе,*** с предварительного согласия граждан, родителей несовершеннолетних детей. Плановые обследования на ВИЧ-инфекцию как вид обязательного медицинского освидетельствования граждан, поступающих на лечение в стационары любого профиля, при отсутствии клинических и эпидемиологических показаний ***запрещаются***.

Остроту проблемы внутрибольничного распространения ВИЧ-инфекции усиливает тот факт, что в настоящее время отсутствуют радикальные меры борьбы с ВИЧ-инфекцией, а также методы повышения иммунологической резистентности (устойчивости) организма к заражению ВИЧ-инфекцией.

В ЛПУ инфекции, передающиеся парентеральным путем, в том числе ВИЧ-инфекция, могут распространяться по следующим направлениям:

- непосредственно от пациента пациенту;
- от пациента медицинскому работнику;
- от медицинского работника пациенту;
- от пациента лицам, осуществляющим за ним уход.

Риску профессионального инфицирования подвержены медицинские работники по роду деятельности, часто соприкасающиеся с кровью и ее компонентами, а также лица, работающие с препаратами крови.

С целью предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами на рабочем месте, все медицинские работники обязаны придерживаться правил профилактики. Эти правила сводятся к максимальному предотвращению вероятности заражения инфицированным материалом (и прежде всего — кровью) во время повседневной работы.

Наиболее реальная опасность заражения медицинских работников возникает при разрывах и проколах медицинских перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу медицинского работника, возможно имеющую микротравмы, а также попадание зараженного материала на слизистые.

Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

1. Выполнять требования действующих документов МЗ России, Госсанэпиднадзора России, а также регионального министерства здравоохранения.

2. Избегать случайных повреждений кожных покровов, уколов, порезов, ранений иглами и другими колюще-режущими инструментами.

3. Все манипуляции с биологическими материалами необходимо выполнять, используя барьерные меры предосторожности (перчатки, щитки, очки, маски, спецодежду).

4. При подготовке к проведению манипуляции в процедурном кабинете, операционной, родильном зале и т. д. убедиться в целостности аварийной аптечки для оказания экстренной медицинской помощи с целью профилактики ВИЧ-инфекции. Иметь журнал регистрации медицинских аварий, где отмечаются: дата, время, место, характер аварии, Ф.И.О. лица, пострадавшего во время аварии, Ф.И.О.

пациента, с кровью которого произошел контакт, а также проведенные мероприятия (см. Приложение 3).

5. Выполнять манипуляции пациентам в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение.

6. Перед манипуляциями вымыть руки на социальном и гигиеническом уровнях и обработать кожу ногтевых фаланг кожным антисептиком перед надеванием стерильных перчаток. Следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражения и дерматиты, что облегчает проникновение возбудителя.

7. При попадании крови или других биологических жидкостей пациента на кожу и слизистые медицинского работника, а также при уколах и порезах незамедлительно обеззаразить их согласно инструкции. Проводить дезинфекцию использованного материала согласно приказу по вирусной инфекции.

8. Рекомендуется профилактический прием тимозида (АЗТ) 800 мг/в сутки в течение 30 дней.

9. О случае медицинской аварии при работе с инфицированным материалом необходимо поставить в известность заведующего отделением, зафиксировать информацию в журнале регистрации медицинских аварий и направить информацию в центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Примечание: при загрязнении рабочего стола кровью во время выполнения манипуляции необходимо немедленно обработать стол ветошью, смоченной в 6% р-ре перекиси водорода с 0,5% р-ром моющего средства с интервалом в 15 мин. Поверхность рабочих столов после окончания работы протирают ветошью, смоченной в 3% р-ре хлорамина двукратно. Ветошь после обработки поместить в емкость с 3% р-ром хлорамина на 60 мин (или другом растворе) согласно ОСТу 42-21-2-85 или «Методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113.

Попадание крови или других биологических жидкостей пациента на одежду и кожу медицинской сестры

При попадании крови или других биологических жидкостей пациента на одежду и кожу медицинской сестры необходимо:

1. Снять испачканную спецодежду лицевой стороной внутрь.
2. Погрузить в 3% р-р хлорамина на 1 ч (или другой раствор см. выше).
3. Покрыть салфеткой, смоченной в 3% р-ре хлорамина, испачканное место личной одежды на 60 мин, с последующей стиркой в горячей воде.
4. Взять в руку тампон, обильно смоченный 70% р-ром этилового спирта.
5. Удалить с кожи остатки биологической жидкости на месте промокания личной одежды щипающим движением пальцев руки, используя данный тампон.
6. Сбросить тампон в емкость для отработанного материала.
7. Вымыть кожу с мылом.
8. Повторить удаление с кожи остатков биологической жидкости обильно смоченным тампоном в антисептическом растворе.
9. Сбросить тампон в лоток для отработанного материала.

Примечание: отработанные тампоны опустить в емкость и залить 3% р-ром хлорной извести на 60 мин (или использовать другой регламентированный дезинфицирующий р-р); лоток поместить в дезинфицирующий р-р, экспозиция — в зависимости от выбранного дезинфицирующего р-ра. Спецодежду после дезинфекции поместить в клеенчатый мешок для грязного белья и отправить в прачечную для дальнейшей машинной стирки в горячей воде.

Попадание биологических субстратов пациента на слизистую глаза

При попадании биологических субстратов пациента на слизистую глаза медицинскому работнику необходимо принять следующие меры:

приготовить: аптечку при авариях, стерильные: 2 лотка, корнцанг.

1. Взять крафт-пакет с пипетками и крафт-пакет с перевязочным материалом, ундинки для промывания глаза и уложить в лоток.
2. Взять из аптечки 0,005% р-р калия перманганата (слабо-розового цвета).
3. Налить в ундинки 0,005% р-р калия перманганата и промыть глаза.
4. Промыть глаз, наклонив голову вперед, плотно прижав ундинку с раствором к лицу и делая моргательные движения веками.
5. Убрать ундинку.
6. Вытереть глаз стерильными салфетками из крафт-пакета движением от наружного угла глаза к носу.

> **Примечание:** глазные пипетки после использования прокипятить в 2% содовом р-ре в течение 15 мин или в дистиллированной воде 30 мин. Использованные марлевые тампоны продезинфицировать в 3% р-ре хлорамина или 3% р-ре хлорной извести в течение 60 минут (или другом регламентированном дезинфицирующем растворе).

Использование антисептических средств в навесках для обработки глаз. Попадание биологических субстратов пациента на слизистую глаза

Приготовить: аптечку при авариях (антисептические средства в навесках, ампулы с дистиллированной водой), стерильные корнцанг, лоток и емкости для разведения антисептических средств.

1. Взять крафт-пакет с пипетками, крафт-пакет с перевязочным материалом, емкости для разведения антисептических средств.

2. Вскрыть пакет с перманганатом калия и приготовить ампулу с дистиллированной водой.

3. Высыпать 0,05 г калия перманганата в емкость для разведения и залить стерильной дистиллированной водой в объеме 10 мл, получится раствор 0,005% концентрации.

4. Закрыть емкость пробкой и взболтать до полного растворения антисептического средства.

5. Налить в ундинку приготовленный раствор калия перманганата для промывания глаз (при необходимости промывают оба глаза, пользуясь обеими ундинками).

6. Промыть глаз, наклонив голову вперед, плотно прижав ундинку с р-ром к лицу и делая моргательные движения веками (при необходимости промывают оба глаза, пользуясь обеими ундинками).

7. Убрать ундинку.

8. Вытереть глаз стерильным марлевым тампоном движением от наружного угла глаза к носу.

Попадание биологических субстратов пациента на кожу лица и губы

При попадании биологических субстратов пациента на кожу лица и губы медицинской сестре необходимо:

приготовить: стерильные 2 лотка, стерильный корнцанг, аптечку при авариях.

1. Взять из аптечки крафт-пакет с перевязочным материалом и положить в лоток.

2. Взять из аптечки 70% спирт или 0,005% р-р калия перманганата.

3. Смочить стерильный марлевый шарик 70% спиртом или 0,05% р-ром калия перманганата и удалить с кожи лица и губ биологический субстрат пациента щипательным движением пальцев, сбросить отработанный пе-

ревязочный материал в лоток (для отработанного материала).

4. Повторно обработать стерильным марлевым шариком, смоченным 70% спиртом или 0,005% р-ром калия перманганата, кожу лица и губ.

5. Прополоскать полость рта 70% спиртом или 0,005% р-ром калия перманганата.

> **Примечание:** использованный перевязочный материал продезинфицировать в емкости с 3% р-ром хлорной извести в течение 60 минут (или в другом регламентированном дезинфицирующем р-ре).

Попадание биологических субстратов на слизистую носа

При попадании биологических субстратов на слизистую носа медицинского работника необходимо:

приготовить: стерильные 2 лотка, стерильный корнцанг, аптечку при авариях.

1. Взять крафт-пакет с пипетками и крафт-пакет с перевязочным материалом и уложить на лоток.

2. Достать из аптечки 1% р-р протаргола.

3. Вложить пипетку из крафт-пакета во флакон с 1% р-ром протаргола.

4. Дать в руки лоток.

5. Закапать нос 1% р-ром протаргола и опустить голову вниз (содержимое истекает в лоток).

6. Закапать повторно нос 1% р-ром протаргола и опустить голову вниз (содержимое истекает в лоток).

7. Промокнуть нос стерильным марлевым шариком.

> **Примечание:** лоток после использования продезинфицировать в 3% р-ре хлорамина в течение 60 мин. Использованный перевязочный материал залить в емкости 3% р-ром хлорной извести на 60 мин (или другом регламентированном дезинфицирующем р-ре).

Использование антисептических средств в навесках для обработки полости носа

Приготовить: антисептическое средство в навеске, во флакончике — протаргол 0,1 г, стерильная дистиллированная вода — 10 мл, стерильные 2 лотка, стерильный корнцанг, стерильная емкость для разведения антисептического средства.

1. Взять из аптечки крафт-пакет с пипетками, крафт-пакет с перевязочным материалом, стерильную емкость для разведения антисептического средства и уложить на лоток.
2. Вскрыть флакончик с протарголом.
3. Влить в емкость с 0,1 г протаргола 10 мл стерильной дистиллированной воды или использовать стерильную емкость для разведения антисептического средства.
4. Закрыть емкость пробкой и взболтать до полного растворения антисептического средства.
5. Взять пипетку из крафт-пакета, поместить во флакон с приготовленным раствором, дать пациенту лоток в руки.
6. Закапать в нос и опустить голову вниз (содержимое стекает в лоток).
7. Закапать повторно нос и опустить голову вниз (содержимое стекает в лоток).
8. Промокнуть нос стерильным марлевым шариком.

Ранение пальцев кисти потенциально инфицированным инструментом

При ранении пальцев кисти потенциально инфицированным инструментом необходимо:

приготовить: аптечку при авариях, стерильный бикс, 2 лотка, стерильный корнцанг.

1. Не снимая перчатки, выдавить из ранки кровь, затем снять резиновые перчатки, сбросить в емкость с 3% р-ром хлорамина.

2. Взять из аптечки крафт-пакет с перевязочным материалом и уложить на лоток.

3. Достать из аптечки 70% этиловый спирт, 5% р-р йода.

4. Обработать раневую поверхность стерильным шариком, обильно смоченным 70% этиловым спиртом, и сбросить его в лоток для отработанного материала.

5. Промыть водой с мылом, не останавливая кровотечение.

6. Высушить стерильным шариком раневую поверхность и сбросить его в лоток для отработанного материала.

7. Обработать раневую поверхность 70% спиртом повторно, затем обработать 5% р-ром йода и сбросить в лоток отработанный перевязочный материал.

8. Наложить на раневую поверхность бактерицидный пластырь.

9. Надеть резиновый напальчник после наложения повязки из бактерицидного пластыря, надеть перчатки.

10. Продезинфицировать использованные предметы и перевязочный материал согласно действующим инструкциям (см. выше).

11. Надеть стерильные перчатки.

12. Заполнить использованные резиновые перчатки дезинфицирующим р-ром (3% р-ром хлорамина) и оставить в емкости на 60 мин.

> **Примечание:** отработанный перевязочный материал залить в емкости 3% р-ром хлорной извести на 1 ч. Емкость с промывными водами засыпать сухой хлорной известью на 1 ч (из расчета 200 г на 1 л). Лотки поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. Экспозиция — в зависимости от выбранного дезинфицирующего раствора (или другого регламентированного дезинфицирующего раствора).

Инфекционная безопасность после оказания помощи ВИЧ-инфицированному или больному СПИДом пациенту

После оказания помощи или лечения ВИЧ-инфицированного или больного СПИДом пациента медицинскому работнику необходимо:

1. Обработать руки в перчатках в емкости с 3% р-ром хлорамина (или другом регламентированном растворе).
2. Снять перчатки и опустить в другую емкость с тем же р-ром, заполнить перчатки дезинфицирующим р-ром.
3. Надеть чистые резиновые перчатки.
4. Заполнить снятые резиновые перчатки дезинфицирующим р-ром.
5. Снять халат и сложить лицевой стороной внутрь.
6. Уложить халат в клеенчатый мешок для грязного белья (мешок промаркирован).
7. Снять перчатки.
8. Снять маску.
9. Сменить обувь.
10. Вымыть руки тщательно мылом под проточной водой двукратно, вытереть насухо полотенцем.

После выполнения манипуляций пациентам, больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным необходимо:

1. Поместить инструмент после выполненной манипуляции в один из предложенных дезинфицирующих р-ров:

Название средства и его концентрация	**Экспозиция**
3% раствор хлорамина	60 минут
3% раствор перекиси водорода	180 минут
4% раствор перекиси водорода	90 минут
Глутарал (без разведения) 2% раствор виркона (эндоскопы)	15 мин 10 минут 30 мин)

1% раствор септабика (кроме стоматологического инструментария)	1 минута

2. Подвергнуть предстерилизационной обработке и стерилизации согласно ОСТу 42-21-2-35 и «Методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденным МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113.

3. Поверхность рабочего стола после выполненной манипуляции обработать ветошью, смоченной 3% р-ром хлорамина, двукратно (или другим средством, разрешенным для дезинфекции методом протирания).

4. Снять резиновые перчатки с рук после мытья в емкости с дезинфицирующим раствором.

5. Поместить резиновые перчатки в емкость с дезинфицирующим раствором.

6. Снять халат, маску и поместить в резиновый мешок для грязного белья.

7. Вымыть руки с мылом под проточной водой двукратно, высушить руки феном или чистым одноразовым полотенцем.

Примечание: при загрязнении рабочего стола кровью во время выполнения манипуляции необходимо немедленно двукратно обработать стол ветошью, смоченной в 6% р-ре перекиси водорода с 0,5% моющим средством, с интервалом в 15 мин. Поверхность рабочих столов после окончания работы протирают ветошью, смоченной в 3% р-ре хлорамина, двукратно. Ветошь после обработки поместить в емкость с 3% р-ром хлорамина на 60 минут.

Дезинфекция химическим методом при туберкулезе

Основание: «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденные МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ — 287-113.

Название средства	Режимы дезинфекции		Примечание
	концентрация	экспозиция (мин)	
Глутарал	без разведения	15	изделия из стекла, металла, пластика, резины, эндоскопы, стоматологические инструменты
Сайдекс	без разведения	15	то же
Септабик	1%	1	то же, кроме стоматологических
Дюльбак	без разведения	15	то же, кроме стоматологических
Пюржавель	0,1 %	60	стекло, металлы, полимеры
Хлорамин	5 %	240	то же
Перекись водорода	3 %	180	стекло, коррозийно-устойчивые металлы, пластмасса, резина
Пресепт	0,056%	90	стекло, металлы, полимеры

Схема этапов обработки изделий медицинского назначения

1-й этап. ***Дезинфекция предметов медицинского назначения***

Предметы медицинского назначения после применения подвергаются дезинфекции методами кипячения, химическим, паровым и воздушным методами согласно ОСТу 42-21-2-85: полное погружение в 3% р-р хлорамина на 1 час, или 4% р-р перекиси водорода на 90 мин, или

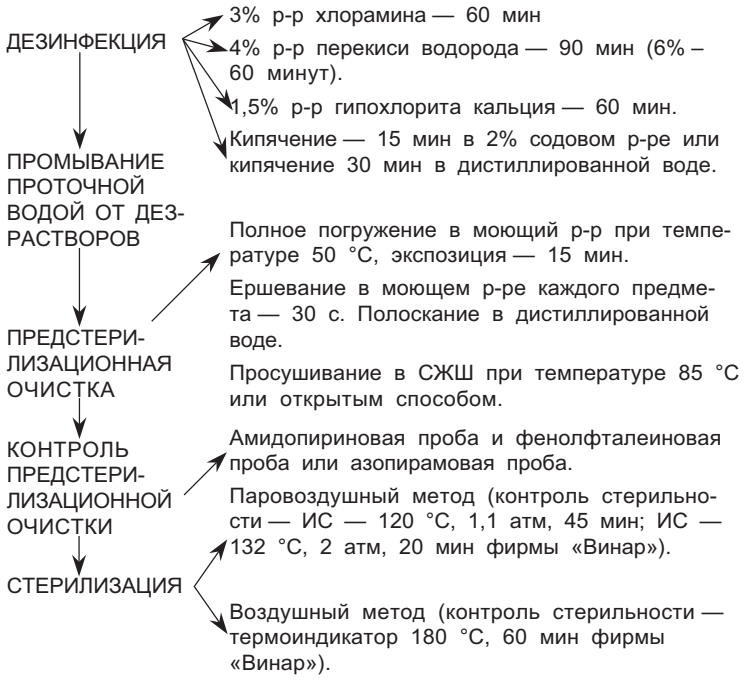


Схема 2. Этапы обработки изделий медицинского назначения

1,5% р-р гипохлорида кальция на 1 ч, или кипячение в 2% содовом р-ре в течение 15 мин, или дистиллированной воде в течение 60 мин.

Согласно «Методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113, можно использовать 6% р-р перекиси водорода в течение 60 мин или другие регламентированные растворы для дезинфекции.

Остатки крови и биологические жидкости дезинфицируются методом засыпания сухой хлорной извести или хлорамином в соотношении 1:5, экспозиция — 1 ч.

В настоящее время существует группа дезинфицирующих средств, позволяющих провести дезинфекцию и предстери-

лизационную очистку одномоментно: «Виркон», «Дюльбан», «Пероксимед» и др. (см. Приложение № 4).

Дезинфекция инструментария медицинского назначения

Цель: обеспечение инфекционной безопасности.

Оснащение:

– 3% р-р хлорамина (или другой регламентированный дезинфицирующий раствор);

– полимерный контейнер для дезинфекции или две емкости с соответствующей маркировкой и дезинфицирующим раствором:

- для промывания инструментов от крови и других биологических жидкостей;
- для дезинфекции инструментария;

– инструменты после использования (в собранном виде);

– лотки;

– ватно-марлевые тампоны или щетки для мытья инструментов.

Обязательные условия:

– соблюдение отраслевого стандарта 42-21-2-85, определяющего методы, средства и режим дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения и инструкций к нему;

– проведение дезинфекции непосредственно после манипуляции.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Надеть спецодежду: халат, маску, перчатки.	Соблюдается безопасность медсестры на рабочем месте, профилактика воздействия токсичных веществ.
2. Приготовить 3%-ный р-р хлорамина (или другой регламентированный раствор), сделать отметку на бирке о времени приготовления, поставить подпись.	Соблюдается отраслевой стандарт 42-21-2-85, преемственность в работе, личная ответственность.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
3. Подготовить оснащение.	
4. Налить приготовленный раствор в емкости.	
Выполнение процедуры	
1. В первой емкости: а) заполнить внутренние каналы шприцев, игл, инструментария непосредственно после использования; б) промыть, не разбирая и не снимая игл со шприцев, методом насоса.	Предупредить разбрызгивание потенциально инфицированного внутреннего содержимого шприца или другого инструмента. Достигается отмыванием инструментов от крови, лекарственных средств и т.д. для последующей эффективной дезинфекции.
2. Во второй емкости: а) заполнить внутренние каналы инструментария, шприцев, игл; б) разобрать, погрузить все полностью.	
3. Закрыть емкости крышкой на 1 час (или другое регламентированное время).	Достигается эффективность обеззараживания инструментов. И не снижается активность хлора в растворе.
4. Сменить перчатки, погрузить в емкость с дезраствором.	
5. Сделать отметку на бирке о времени дезинфекции.	Для соблюдения сроков проведения дезинфекции.
Окончание процедуры	
1. Извлечь инструменты из дезраствора по истечении времени дезинфекции.	
2. Сложить в лоток.	

Этапы	Примечания
Окончание процедуры	
3. Подготовить многоразовый инструментарий для дальнейшей обработки в ЦСО (централизованном стерилизационном отделении).	
4. Промыть проточной водой многократно.	Инструментарий со следами любых загрязнений для дальнейшей обработки в ЦСО не принимается.
5. Вылить использованный дезраствор в канализацию.	Дезрастворы применяются однократно.
6. Снять перчатки, вымыть руки, осушить.	Соблюдение личной гигиены.

2-й этап. Предстерилизационная очистка инструментов

Эффективность любого метода стерилизации во многом зависит от чистоты стерилизуемых объектов. Наличие загрязнений органического и неорганического характеров (остатки заводской смазки, лекарств, мочи, свернувшейся крови), создающих вокруг микроорганизмов защитную оболочку, резко снижает действительность как термической, так и химической стерилизации. Вот почему предстерилизационной обработке придается в наше время большое значение.

Предстерилизационной очистке, выполняемой в строгой последовательности, определенной приказом МЗ СССР № 208, ОСТ 42-21-2-85, подвергаются инструменты, стеклянные изделия медицинского назначения (посуда, палочки, трубочки, чашки Петри, банки), перчатки. Предстерилизационная очистка осуществляется в ЦСО (централизованные стерилизационные отделения).

Инструменты, полученные со склада, предварительно очищают от заводской смазки (расконсервируют). Это трудная и продолжительная работа, которую выполняют в перчатках.

Порядок обработки:

1. Замочить в горячей воде (50–60 °С) для размягчения смазочного материала (масла).

2. Очистить чистой тряпкой смазку до полного удаления, разобрав инструмент на составные части (не перепутать детали).

3. Замочить очищенные инструменты на 15–20 мин в горячем р-ре 1% моющего р-ра.

4. Ополоснуть или протереть тряпочкой, смоченной в керосине или ацетоне, добиваясь полного удаления остатков смазки.

5. Очищенные до блеска инструменты кипятить в 2% р-ре натрия бикарбоната (соды) или в 1% моющем р-ре — и вновь протереть чистой тряпочкой.

6. При необходимости обработку керосином или ацетоном повторить.

Инструменты, бывшие в употреблении, подвергаются предстерилизационной очистке по схеме, разработанной сотрудниками ЦНИИДИС и рекомендованной ОСТом и приказом МЗ РФ № 20-87 г. Особой технологии предстерилизационной очистки требуют резиновые кишечные трубки, катетеры, дренажные трубки, зонды.

После дезинфекции в 4% р-ре перекиси водорода (90 мин) резиновые трубки промывают горячей проточной водой. Трубки разминают пальцами, растягивают, меняют направление струи.

В соответствии с инструкцией центрального института заливают на 2 часа горячим (50–60 °С) 3% р-ром перекиси водорода с 1% р-ром моющего средства или смесью равных частей 1% р-ра натрия гидрокарбоната и 1% р-ра аммиака. Трубки должны быть полностью заполнены моющим раствором. Затем резиновые трубки вновь промывают проточной водой с повторным разминанием пальцами

и сменой направления струи и кипятят 30 мин в дистиллированной воде, еще раз промывают и повторно кипятят 20 мин в дистиллированной воде.

Медсестра работает в маске, в перчатках. Лица, перенесшие гнойные заболевания, к работе не допускаются. Резиновые трубки проверяются (нет ли перегибов, трещин), растягиваются (плотность прилегания резиновых трубок к насадкам и стеклянным трубкам).

Катетеры, кишечные трубки, зонды завертывают, каждый отдельно, в двуслойную бязевую салфетку, следя при этом, чтобы резиновые трубки не перегибались, так как на месте перегиба при стерилизации может образоваться стойкое сужение. Пакеты укладывают в большие барабаны или мешки из бязи и стерилизуют паром по второму щадящему режиму стерилизации.

Моющие средства, применяемые для предстерилизационной обработки

«Биолот» или комплекс, состоящий из перекиси водорода с моющим средством. Моющий раствор допускается применять в течение суток до загрязнения (до появления розовой окраски), но не более шести раз.

«Биолот» применяют при ручной мойке в концентрации 0,5%, при машинной — 0,3%.

Комплекс перекиси водорода с моющим средством содержит 0,5% перекиси водорода и 0,5% моющего средства (соотношение 1:1), обладает высокой моющей активностью, разрыхляет различного рода загрязнения, не влияет на качество стекла, ряда металлов, полимерных материалов и легко смывается. Пергидроль, выпускаемый промышленностью, содержит 30–33% перекиси водорода. В качестве моющих средств применяют «Прогресс», «Астру», «Лотос», «Айну».

Предстерилизационную обработку проводят ручным и механическим способами.

В ЦСО проводится цветная реакция на следы дезинфектантов, подтверждающая, что после использования инст-

рументарий прошел дезинфекцию. При дезинфекции химическими средствами, не содержащими хлор, эта реакция не проводится (см. Приложение № 5).

Предстерилизационная очистка инструментов

Оснащение: халат, маска, перчатки. Моющий раствор 0,5% концентрации из перекиси водорода и моющего средства, часы на 15 мин (песочные, электрические), ерши или марлевые тампоны, лотки, емкость с дистиллированной водой, сухожаровой шкаф, инструментарий.

1. Надеть халат, маску, перчатки.

2. Подогреть моющий 0,5% р-р перекиси водорода с моющим средством до 50 °С.

3. Поместить инструментарий в разобранном виде в 0,5% моющий р-р на 15 мин, предварительно пропустив раствор через полости инструментария, закрыть крышкой.

4. Обработать ершом (марлевым тампоном) в моющем растворе каждый предмет в течение 30 с (через иглы пропустить моющий раствор). Уложить инструментарий в лоток.

5. Промыть под проточной водой в течение 30 с каждый предмет, пропуская воду через полости инструментария. Уложить в лоток.

6. Промыть инструментарий в дистиллированной воде, просушить в сухожаровом шкафу при температуре 85 °С до полного исчезновения влаги.

3-й этап. Контроль качества предстерилизационной очистки

Выполняется после проведения предстерилизационной очистки инструментов и других предметов медицинского назначения на сухих предметах в количестве 1% отработанных инструментов. Применяют следующие пробы: ортотолуидиновую, амидопириновую (на кровь) и фенолфталеиновую (на остатки моющих средств) или азопирамовую

пробу на наличие крови, моющих средств, ржавчины, белковых веществ и т.д. В настоящее время применяют только азопирамовую пробу, пробу с суданом-3 (на жиры).

Амидопириновая проба

Оснащение: растворы для реактива: 3% р-р перекиси водорода, 30% р-р уксусной кислоты, 5% спиртовой р-р амидопирина, проверить их сроки годности. Отдельные пипетки, имеющие маркировку, мензурка с маркировкой «Реактив», лоток с ватными тампонами, лоток с сухим инструментарием для пробы, прошедшим предстерилизационную очистку.

1. Приготовить реактив, смешав в равных количествах 3% р-р перекиси водорода, 30% р-р уксусной кислоты, 5% спиртовой р-р амидопирина разными промаркированными пипетками.

2. Нанести бесцветный реактив пипеткой «для реактива» на сухие предметы, прошедшие предстерилизационную очистку, на корпус и в полость инструмента, в просвет иглы и т.д.

3. Держать предмет над ватой или салфеткой, наблюдая за цветом стекающего реактива.

4. Оценить результат. При отрицательной пробе цвет реактива не изменится.

5. Провести ополаскивание и предстерилизационную обработку использованного для пробы инструмента (при отрицательной пробе).

> **Примечание:** читать реакцию в течение двух минут. Эта проба выявляет скрытую кровь на инструментах и определяет качество обработки инструментов от крови. При положительной пробе цвет реактива изменится на сине-фиолетовый.

Фенолфталеиновая проба

Оснащение: реактив: 1% спиртовой р-р фенолфталеина, пипетка для реактива, лоток с ватными тампонами,

лоток для пробы с сухим инструментарием, прошедшим предстерилизационную обработку.

1. Нанести 1% спиртовой р-р фенолфталеина на корпус инструментария, в просвет иглы и т.д.

2. Держать иглу над ватой, наблюдая за цветом стекающего реактива.

3. Оценить результат в течение двух минут. При отрицательной пробе цвет реактива не изменится.

4. Провести ополаскивание и предстерилизационную обработку использованного для пробы инструмента (при отрицательной пробе).

> **Примечание:** эта проба определяет качество очистки инструментов от моющего раствора. При положительной пробе цвет реактива изменится от розового до малинового.

Азопирамовая проба

Цель:

– провести комплексный контроль качества предстерилизационной очистки инструментов медицинского назначения (от гемоглобина, моющих средств, хлорсодержащих, ржавчины, лекарственных средств);

– оценить эффективность работы моечных машин в ЦСО.

Оснащение:

– азопирамовый реактив: 100 мл амидопирина, 1 мл солянокислого анилина смешать в сухой посуде и залить 96% спиртом до 1 л, перемешать до полного растворения всех ингредиентов;

– пипетки для 1% спиртового р-ра азопирама и 3% р-ра перекиси водорода;

– лоток с ватными тампонами, инструментарий, подвергающийся контролю.

Обязательные условия:

— использование свежеприготовленного 1% р-ра азопирама в течение двух часов;

— соблюдение сроков хранения азопирама: хранить в плотно закрытой емкости при температуре 4 °С в течение

двух месяцев. При комнатной температуре до одного месяца умеренное пожелтение азопирама без выпадения осадка не снижает его рабочих свойств. Температура исследуемого изделия +18...+25 °С.

Этапы	Примечания
Подготовка	
1. Надеть маску, вымыть руки, осушить, надеть перчатки.	Обеспечение безопасности медицинской сестры на рабочем месте.
2. Подготовить оснащение.	Условие для соблюдения четкости в работе.
3. Приготовить 1%-ный рабочий раствор азопирама:	Соблюдение правил приготовления раствора процентной концентрации.
а) открыть флакон с азопирамом, взять пипетку с маркировкой «азопирамовый реактив», набрать определенное количество реактива в пипетку, выпустить раствор из пипетки в емкость с маркировкой «1%-ный рабочий раствор азопирама». Поставить пипетку в специальную емкость для хранения пипеток. Закрыть флакон с азопирамовым реактивом;	Соблюдение правил хранения.
б) открыть флакон с 3%-ным раствором перекиси водорода, взять пипетку с маркировкой «3%-ный раствор перекиси водорода», набрать раствор в том же количестве, как азопирамовый реактив, выпустить раствор в емкость с маркировкой «1%-ный рабочий раствор азопирама»;	
в) смешать ингредиенты приготовленного 1%-ного	

Этапы	Примечания
Подготовка	
раствора азопирама, закрыть раствор; г) подготовить необходимые инструменты в разобранном виде для постановки пробы.	Для проведения контроля качества предстерилизационной очистки инструментария.
Выполнение	
1. Взять пипеткой с маркировкой «1%-ный рабочий раствор азопирама» небольшое количество раствора.	Обеспечение качества контроля.
2. Нанести его на предмет, в полости инструмента, резьбу зажима, в места соприкосновения с биологическими жидкостями.	
3. Держать предмет или инструментарий над ватой, наблюдая за цветом стекающего реактива.	Проба считается положительной, если цвет реактива изменяется в течение первой минуты.
Завершение	
1. Оценить результат.	Контроль качества предстерилизационной очистки. Проба считается отрицательной, если цвет реактива не изменился.

Примечание. Проба считается положительной, если цвет реактива изменился на сине-фиолетовый. Это свидетельствует о наличии крови на предметах. Бурое окрашивание свидетельствует о наличии хлорсодержащих окислителей, ржавчины. Розовое окрашивание свидетельствует о наличии моющего средства с щелочной реакцией.

Понятие о стерилизации, методы и способы стерилизации

Стерилизация — это уничтожение микроорганизмов и их спор путем воздействия как физических факторов, так и химических препаратов.

В настоящее время действует отраслевой стандарт (ОСТ 42-21-2-85), определяющий методы, средства и режимы стерилизации и дезинфекции изделий медицинского назначения, который дополнен приказом № 408 и «Методическими указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденных МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ-287-113.

Эти документы являются обязательными и определяющими для всех лечебно-профилактических учреждений и дают возможность широкого выбора средств и методов, наиболее подходящих в условиях данного лечебного учреждения.

Стерилизации подвергаются все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами, и отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистыми оболочками и могут вызвать их повреждения.

Методы стерилизации

Различают термические (УФ-лучи: ультрафиолетовое облучение воздуха, перевязочных, процедурных, операционных).

Химические методы стерилизации изделий из полиэтилена, аппаратуры для искусственной вентиляции легких (ИВЛ), различных эндоскопов с волоконной оптикой осуществляются растворами дезинфицирующих средств или газами:

• газовая стерилизация (окись этилена, окись пропилена, бромистый метил, их смеси);

• ультразвуковая стерилизация;

• стерилизация инфракрасным излучением.

В клинической практике чаще всего применяется стерилизация физическими факторами — термический метод стерилизации, который заключается в воздействии пара под давлением (автоклавирование) и воздействии сухого воздуха (используются сухожаровые шкафы разной модификации).

Стерилизация изделий медицинского назначения осуществляется в централизованных стерилизационных отделениях (ЦСО) лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Понятие об автоклавировании

Автоклавирование обеспечивается паровыми стерилизаторами различных габаритов с различной степенью автоматизации.

В паровых стерилизаторах создаются высокая температура (до 138 °С) и высокое давление (до 2,5 атм.), благодаря которому обеспечиваются условия для вытеснения воздуха из всей стерилизационной камеры, включая прослойку между складками белья и перевязочного материала. В современных паровых стерилизаторах заполнение паром любых «закоулков» в стерилизационной камере обеспечивает предварительная этенция (отсасывание) воздуха из стерилизационной камеры с созданием в ней разрежения.

Для лечебных учреждений рекомендуется два режима стерилизации.

Первый режим — температура 132 °С, давление 2 атм., время 20 минут.

Первый режим (основной) предназначен для стерилизации изделий из бязи, марли (перевязочного материала, белья и т. д.), стекла, включая шприцы с пометкой «200 °С», изделий из коррозийностойкого металла.

Второй режим — температура 120 °С;. давление 1,1 атм., время 45 минут.

Второй режим (щадящий) рекомендуется для изделий из тонкой резины, латекса (хирургические перчатки и др.) и отдельных видов полимеров (полиэтилен высокой плотности).

Все изделия, стерилизуемые паром под давлением, предварительно помещают в специальную упаковку — стерилизационные коробки (биксы или контейнеры) с фильтром или без фильтров, упаковки из двуслойной х/б ткани или крафт-пакеты из плотной бумаги, соответствующей ОСТу 42-21-2-85, — и маркируют. Сроки сохранения стерильности зависят от упаковки. Биксы без фильтра хранятся трое суток, с фильтром — 20 суток. Упаковки из двуслойной х/б ткани или крафт-пакеты хранятся до трех суток в стерильных условиях.

Паровые стерилизаторы традиционно именуют автоклавами, хотя это название не соответствует сущности (автоклав означает «самозапирание», от греч. «ауто» — сам и лат. «клавис» — ключ). Простейший паровой стерилизатор состоит из котла с двойной стенкой и герметически закрывающейся крышки, позволяющей поднять давление пара до определенного предела.

Порядок работы автоклава детально изложен в инструкции к нему. Бывают случаи, когда при соблюдении всех правил стерилизация была неполноценной. Причины таких неудач чаще всего следующие:

1. Неправильно произведена загрузка стерилизатора, что приводит к неравномерному распространению пара по объему рабочей камеры. Стерилизатор должен быть загружен: не более 70% объема камеры.

2. Не полностью вытеснен паром воздух из стерилизационной камеры, вследствие чего остались «пузыри», и не было должных условий для гибели микроорганизмов.

3. Плотно уложены перевязочный материал и белье в биксы, из-за чего пар не смог проникнуть вглубь и воздействовать на весь перевязочный материал.

4. При загрузке бикса забыли открыть отверстия для прохождения пара.

5. Чрезмерное увлажнение материала при стерилизации, вследствие чего операционное белье становится проницаемым для микроорганизмов и, следовательно, не пригодно для накрывания стерильного стола.

Меры устранения указанных дефектов вытекают из их сущности: они просты, но требуют постоянного внимания медперсонала.

Стерилизация горячим воздухом в сухожаровом шкафу. Воздушный метод стерилизации

Рекомендуется для изделий из металла и стекла. Стерилизации подвергаются сухие изделия в упаковках из бумаги мешочной непропитанной, бумаги мешочной влагопрочной, бумаги для упаковывания продукции на автоматах марки Е или без упаковки (в открытых емкостях). Изделия, простерилизованные в бумаге, могут храниться трое суток; изделия, простерилизованные без бумаги, должны быть использованы непосредственно после стерилизации.

Рабочая температура в стерилизационной камере — 180 °С, время выдержки — 60 мин. Пакеты из бумаги готовят вручную или заводским способом. Швы на бумажных пакетах заклеивают клеем из 5% р-ра крахмала. Свободный конец после заклеивания перегибают трижды и герметично заклеивают.

Порядок работы на воздушных стерилизаторах (сухожаровые шкафы)

1. Загрузка производится в холодный стерилизатор.

2. Нагревание.

3. Стерилизация: отсчет времени стерилизации начинать от достижения нужной температуры стерилизации (180 °С) до истечения срока экспозиции (60 минут).

4. Охлаждение: до 40–50 °С.
5. Разгрузка.

Стерилизация растворами химических веществ

Перекись водорода обладает выраженным обеззараживающим свойством. Для стерилизации используется 6% р-р перекиси водорода — экспозиция 180 мин, температура 50 °С; при полном погружении для стерилизации изделий из полимеров, резины, стекла и коррозийно-нестойких металлов экспозиция — 360 мин при температуре 18 °С.

По окончании срока экспозиции изделия промывают двукратно стерильной водой и переносят в стерильные контейнеры, например, стерилизационные коробки, выстланные стерильной простыней (полотенцем), и плотно закрывают (срок стерильности трое суток) или выкладывают на стерильный инструментальный стол для использования.

«Дезоксон-1» — бесцветная жидкость с характерным запахом уксусной кислоты, хорошо растворима в воде, спирте. Выпускается во флаконах из темного стекла и при температуре 10 °С сохраняет активность в течение года.

Для стерилизации используются 1% рабочие р-ры (по надуксусной кислоте), для чего в водопроводной воде разводят 200 мл препарата в 800 мл воды, экспозиция 45 мин при температуре 18 °С, р-р годен одни сутки, используется только один раз.

Простерилизованные изделия промывают в стерильной воде погружением на 5 мин с троекратной сменой воды, а затем помещают в стерильную стерилизационную коробку на стерильную простыню. Хранить можно трое суток.

«Дезоксон-1» обладает выраженным коррозионным действием, а поэтому не всегда пригоден для стерилизации инструментов. Работают с ним, соблюдая меры предосторожности.

Стерилизация газами

Стерилизация производится в стационарном газовом стерилизаторе. ОСТ рекомендует выполнять газовую стерилизацию ряда медицинских изделий окисью этилена или смесью ОБ.

Стерилизации подвергают оптику, кардиостимуляторы, изделия из полимерных материалов, резины, стекла, металла, пластмассовых частей различных аппаратов.

Практическое осуществление этого метода встречает значительные трудности, поэтому газовая стерилизация не получила еще того распространения, которое она заслуживает по своим возможностям.

Контроль стерильности

Согласно международной классификации и требованиям Комитета Российской Федерации и Техническому комитету по стандартизации существуют химические и биологические индикаторы в соответствии с ГОСТ Р ИСО 11140 (химический контроль) и ГОСТ Р ИСО 11138 (биологический контроль), а также проводятся методы технического контроля стерилизаторов.

Сегодня мы не только выделяем химические и биологические индикаторы, но и рассматриваем *шесть классов* химических индикаторов в зависимости от их реакции на один или несколько критических параметров процесса стерилизации.

Первый класс — индикаторы процесса, которые свидетельствуют о проведении процесса стерилизации и располагаются на внешней поверхности упаковок (биксов, бязевых упаковок со стерилизуемыми изделиями).

Второй класс — индикаторы процесса стерилизации внутри упаковок, проникновения пара внутрь упаковки (тест Бови — Дика, как наиболее распространенный).

Третий класс — индикаторы одного параметра — термоиндикаторы. К ним относятся бензойная кислота (132 °С),

гидрохинон (180 °С), сахароза (121 °С), мочевина (132 °С), теомочевина (180 °С), янтарная кислота (180–192 °С) и др. Они основаны на свойстве ряда порошкообразных веществ, запаянных в стеклянные трубочки, изменять свой цвет и плавиться под воздействием определенной температуры плавления.

В настоящее время контроль термического метода стерилизации проводится редко.

Четвертый класс — индикаторы многопараметровые. Реагируют на два или более критических параметров процесса стерилизации и проникновения пара как внутрь упаковки, так и внутри камеры стерилизатора.

Пятый класс — индикаторы интегрированного действия. Они не только реагируют на все критические параметры стерилизации, но и показывают уровень гибели биотестов. Фактически, они соответствуют биотесту и контролируют процессы стерилизации и степень проникновения пара как внутрь упаковки, так и внутри камеры стерилизатора.

Шестой класс — биологические индикаторы (бактесты), самые точные индикаторы — эмуляторы. Контроль проводится в соответствии с методикой, утвержденной МЗ РФ. Биологический индикатор (бактест) — устройство, содержащее определенное количество жизнеспособных микроорганизмов, обладающих высокой резистентностью (устойчивостью) к воздействию повреждающих факторов, которыми являются критические параметры стерилизационного процесса. Бактериологические методы самые точные, но требуют времени исполнения и позволяют контролировать эффективно работу стерилизатора. Они имеют ряд недостатков: необходимо время и создание асептических условий для переноса тест- организма после стерилизации в питательную среду. В настоящее время разработаны индикаторы-эмуляторы для быстрого ответа, в которых жизнеспособность микроорганизмов после стерилизации определяется по флюоресценции в течение нескольких часов после окончания цикла стерилизации вместо традиционных одних-двух суток.

Технические методы контроля сводятся к периодической проверке температуры путем размещения в камере максимальных термометров, контроля работы манометров и т.д.

Система «Чистый инструмент» предполагает использование для оперативного контроля только индикаторы интегрированного действия ИС-160, ИС-180, ИС-120 и ИС-132. Полоски индикатора закладываются в контрольные точки стерилизатора при каждом цикле стерилизации согласно инструкции. Количество зон, в которые закладывают индикаторы, зависит от емкости камеры воздушного или парового стерилизатора. Например, если емкость сухожарового шкафа составляет 80 литров, то количество индикаторов равно 5.

Отработанные индикаторы подклеивают в журнал учета стерилизации в выделенные для этого колонки. Индикаторы, заложенные в упаковки, проверяет медицинский персонал перед проведением процедуры. Изделие разрешается использовать, если цвет индикатора *не светлее* эталона.

Главным в контроле эффективности стерилизации является чувство ответственности медперсонала за порученное дело, сознание того, что от малейшего недосмотра зависит жизнь пациента.

Подготовка перевязочного материала для стерилизации

(салфеток, тампонов, шариков, турунд)

Готовят перевязочный материал на специальном столе чистыми руками. Для работы в процедурном кабинете готовят малые салфетки, а также тампоны марлевые и ватные шарики. Тампоны, шарики и салфетки используют для удаления крови, прижатия кровоточащего сосуда и т.п.

Приготовление малых салфеток: все края марли, размером 20×15 см, должны быть подвернуты внутрь

салфетки. Первыми подворачивают края больших сторон так, чтобы они немного заходили друг за друга, затем подворачивают меньшие стороны внутрь — до соприкосновения друг с другом, а салфетку складывают пополам. Из тех же кусков марли готовят тампоны: большие, средние, малые — аналогично салфеткам, за исключением последних манипуляций. Для создания тампона образованную полоску складывают пополам в продольном и поперечном направлениях.

Приготовление шариков: маленькие шарики готовят из марли 6×8 см, средние — 8×10 см. Кусочки марли, взятые для приготовления шариков, сворачивают таким образом, чтобы образовался марлевый комок в виде треугольного конверта. При этом из шарика не должны торчать нитки.

Наиболее распространен следующий способ свертывания шариков, состоящий из трех моментов: противоположные стороны марлевой салфетки загибают на 2 см и получают марлевую полоску; марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти; свободные концы вкладывают один в другой — получается марлевый шарик.

Турунды (полоски) делают из кусков бинта шириной 5 см и длиной 40–50 см, концы которого подворачивают внутрь на 1–1,5 см, а края соединяют друг с другом, складывают еще раз. Полученную полоску наматывают на три пальца, а свободный конец подворачивают внутрь образовавшегося пальца.

Укладка в стерилизационные коробки перевязочного материала

Цель: укладка для стерилизации в автоклаве и сохранение стерильности в процессе хранения в течение регламентированного времени.

Оснащение:

– дезраствор: 1% р-р хлорамина (или другой регламентированный р-р);

– ветошь с маркировкой «для биксов» — 2 шт.;

– емкости для дезинфекции ветоши, перчаток;

– перчатки, маска;

– большая полотняная (бязевая) салфетка для выстилания внутренней поверхности бикса;

– перевязочный материал в марлевых мешочках (салфетки, турунды, ватные шарики и т.д.);

– индикаторы стерильности — по 3 шт. на каждый бикс;

– бирка с указанием отделения (кабинета), содержимого бикса, даты укладки и даты стерилизации и пустыми колонками для постановки подписей медицинской сестры, производившей укладку и ответственной за стерилизацию.

Необходимые условия: коробки стерилизационные (КС) с фильтром (КФ) или без фильтра разной емкости и формы.

Этапы	Примечания
Подготовка	
1. Вымыть руки, высушить.	
2. Проверить исправность бикса.	
3. Надеть перчатки, маску.	Обеспечить безопасность медицинской сестры на рабочем месте.
4. Обработать бикс изнутри и снаружи дезраствором последовательно двукратно разной ветошью.	Согласно ОСТу 42-21-2-85 дезинфекции подвергаются все изделия, подлежащие стерилизации. Соблюдать принцип обработки «от чистого к грязному».
5. Сбросить ветошь для дезинфекции в 1%-ный раствор хлорамина на 60 минут.	

Этапы	Примечания
Подготовка	
6. Снять перчатки, погрузить в дезраствор.	
7. Снять маску.	
8. Вымыть руки, вытереть насухо.	Соблюдение личной гигиены.
9. Подготовить перевязочный материал к укладке в соответствии с нормами загрузки биксов и вида укладки (видовой, целевой и универсальной).	Условие проведения стерилизации.
10. Открыть сетку бикса (без фильтра).	Условие проведения стерилизации в биксах без фильтра. Отверстия бикса должны оставаться открытыми до конца стерилизации.
Выполнение	
1. Выстелить салфеткой дно и края бикса без фильтра так, чтобы она свисала на 2/3 высоты бикса.	
2. Поместить на дно бикса (в точку контроля) индикатор стерильности.	Обеспечивается контроль качества стерилизации на дне бикса.
3. Уложить перевязочный материал послойно:	Обеспечивается равномерное проникновение пара при стерилизации внутрь бикса.
а) секторально;	Общий порядок соблюдается в биксе при извлечении материала.
б) вертикально (перпендикулярно крышке);	Укладка производится параллельно движению пара.
в) рыхло.	
4. Поместить индикатор стерильности в центральную часть бикса.	Контроль качества стерилизации.

Этапы	Примечания
Выполнение	
5. Накрыть салфеткой, свисающей с краев бикса, весь уложенный материал.	
6. Положить под крышку бикса индикатор стерильности.	Контроль качества стерилизации под крышкой бикса.
7. Закрыть крышку бикса на замок.	Обеспечивается герметичность стерильного бикса.
Окончание	
1. Привязать к ручке бикса бирку.	Соблюдается преемственность в работе с биксом.
2. Поставить дату укладки и подпись ответственного за укладку.	Подготовленные к стерилизации биксы доставляются в ЦСО в плотном влагостойком мешке. Мешок подлежит стерилизации в ЦСО и используется для эффективной транспортировки биксов из ЦСО

Целевая укладка для накрытия стерильного стола

Цель: упаковка для стерилизации в автоклаве, сохранение стерильности в процессе хранения в течение регламентированного времени.

Оснащение:

– дезинфицирующий раствор для обработки бикса (1% раствор хлорамина или другой регламентированный раствор);

– ветошь для дезинфекции бикса — 2 шт.;

– емкости с дезинфицирующим раствором для ветоши и перчаток;

– перчатки, маска;

– большая салфетка для выстилания бикса без фильтра;

– индикатор стерильности — 3 шт., соединенные тесемкой, равной длине бикса.

Целевая укладка:

– простынь бязевая;

– хирургический халат;

– маска, косынка (или шапочка);

– перчатки из латекса;

– полотенце или большие салфетки для укладки;

– малые салфетки;

– полотенце личное для вытирания рук.

Бирка с указанием отделения (кабинета), содержимого бикса, даты укладки, подписи медицинской сестры, выполнившей процедуру укладки, и времени.

Необходимые условия:

– коробки стерилизационные достаточной вместимости и разной формы;

– белье в количестве, соответствующем нормам загрузки биксов.

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
1. Проверить исправность бикса.	
2. Надеть перчатки, маску.	Обеспечить безопасность на рабочем месте.
3. Обработать бикс изнутри и снаружи дезраствором последовательно двукратно разной ветошью.	Обеспечить инфекционную безопасность.
4. Сбросить ветошь для дезинфекции в емкость с дезраствором. **Примечание:** ветошь используется однократно и подвергается дезинфекции.	
5. Снять перчатки, погрузить в дезраствор.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Снять маску.	

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
7. Вымыть руки, вытереть насухо личным полотенцем.	Соблюдается личная гигиена медицинской сестры.
8. Сложить простынь в четыре слоя, затем согнуть концы, завернуть в рулон рыхло, чтобы легко раскручивалось.	Подготовленная таким образом укладка занимает меньше места в биксе, легко разворачивается и равномерно пропускает пар, способствует стерилизации.
9. Сложить хирургический халат тесемками внутрь, изнанкой наружу, свернуть продольно несколько раз до величины высоты бикса, завернуть в рулон, чтобы легко раскручивался.	
10. Подготовить перчатки латексные: а) протальковать так, чтобы не было комочков талька; б) вложить внутрь малые салфетки; в) проложить салфеткой между пальцами перчаток; г) завернуть салфетку так, чтобы перчатки не касались друг друга. **Примечание:** предупреждается склеивание перчаток, что недопустимо при стерилизации.	
11. Сложить полотенце продольно, затем поперечно, свернуть в рулон рыхло. **Примечание:** используется для вытирания рук при хирургическом способе мытья.	

Этапы	Примечания
Подготовка к процедуре	
12. Подготовить 4–6 марлевых салфеток. 13. Подготовить четырехслойную маску, завернутую в косынку (от концов ношения к верхушке) или колпак.	Необходимое количество салфеток для двукратной обработки рук антисептиком.
14. Открыть сетку бикса. **Примечания:** отверстия бикса должны оставаться открытыми до конца стерилизации.	
15. Выстелить бикс салфеткой так, чтобы ее концы свисали на 1/3 высоты бикса.	Обеспечивается герметичность упаковки после стерилизации для сохранения стерильности.
Выполнение процедуры	
1. Поместить на дно бикса индикатор стерильности.	Контроль качества стерилизации в контрольных точках бикса.
2. Уложить в бикс вертикально рыхло халат горловиной к крышке.	Удобная форма укладки белья и халата, так как сокращается время взятия их из стерильного бикса, необходимое условие для эффективной стерилизации.
3. Простыня.	
4. Маску, завернутую в косынку, поверхностно, между халатом и простыней.	
5. Латексные перчатки в упаковке сверху белья.	
6. Малые салфетки рядом с перчатками.	
7. Полотенца или салфетки.	
8. Поместить индикатор стерильности в центральную часть бикса.	Контроль качества стерилизации в контрольных точках бикса.

Этапы	Примечания
Окончание процедуры	
1. Накрыть салфеткой, свисающей с краев бикса, весь уложенный материал.	
2. Положить под крышку бикса индикатор стерильности.	Контроль качества стерилизации в контрольных точках бикса.
3. Закрыть крышку бикса на замок.	
4. Привязать к ручке бикса бирку.	Обеспечивается преемственность для работы с биксом.
5. Поставить дату укладки и подпись ответственного за укладку.	Личная ответственность.
6. Доставить бикс в ЦСО в плотном влагостойком мешке. **Примечание:** мешок подлежит стерилизации в ЦСО и используется для эффективной транспортировки биксов из ЦСО.	

Надевание стерильного халата

Цель: выполнение манипуляций со стерильными предметами медицинского назначения.

Оснащение: стерильный бикс с бельем.

Подготовка к процедуре

1. Поставить стерильные биксы с бельем, укрепить, проверить маркировку, стерильность бикса по внешнему виду.

2. Открыть бикс с помощью педали или помощника.

3. Извлечь индикаторы стерильности, оценить их состояние.

4. Взять из бикса стерильную косынку и маску с помощью стерильного корнцанга, закрыть бикс.

5. Надеть стерильную косынку и маску.

6. Вымыть руки на хирургическом уровне, обработать 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина (см. выше).

Выполнение процедуры

1. Извлечь халат из бикса.

2. Развернуть халат, держа на вытянутых руках так, чтобы он не касался окружающих предметов и личной одежды.

3. Взять за спинные части у воротника, повернуть внутренней стороной к себе, держать на уровне лица.

4. Вдеть обе руки одновременно в рукава, подняв руки вверх и развести в стороны.

5. Завязать завязки на рукавах самостоятельно.

6. Подать концы пояса помощнику (помощник завязывает сзади завязки и пояс, не касаясь ни рук, ни халата).

7. Надеть стерильные перчатки.

Накрытие стерильного стола

Цель: сохранение стерильности инструментария и перевязочного материала на столе в течение шести часов при условии соблюдения правил асептики.

Оснащение: манипуляционный стол; 1% р-р хлорамина, 2 емкости для дезраствора; биксы со стерильным бельем, перевязочным материалом, стерильные инструменты.

Подготовка к процедуре

1. Надеть спецодежду: халат, шапочку, маску, перчатки.

2. Обработать стол ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, двукратно, начиная с рамы, затем последовательно, накладывая один мазок на другой так, чтобы не оставались промежутки между ними.

3. Дать высохнуть.

4. Вымыть руки с мылом под проточной водой на хирургическом уровне (см. выше).

5. Надеть стерильный халат (см. выше).

Выполнение процедуры

1. Достать сложенную в четыре слоя простыню руками в перчатках из стерильного бикса.

2. Накрыть поверхность инструментального стола так, чтобы края простыни свисали с него на 15–20 см с трех сторон.

3. Поднять два верхних слоя простыни, складывая ее «гармошкой».

4. Закрыть последним слоем «гармошки» все предыдущие слои так, чтобы внутренняя сторона простыни находилась сверху, а края были откинуты назад от себя.

5. Разложить стерильный инструментарий по группам и перевязочный материал на стерильном столе с помощью стерильного корнцанга.

6. Прикрепить цапки за два верхних слоя простыни.

7. Закрыть стол двуслойной простыней с помощью цапок так, чтобы края ее были выше на 3–5 см.

Окончание процедуры

Прикрепить бирку к правой цапке с датой и временем его накрытия, поставить подпись медсестры, накрывшей стол.

Подготовка к работе стерильного лотка для выполнения манипуляций со стерильными предметами медицинского назначения

Подготовка к процедуре

1. Накрыть стерильный стол с инструментарием, пинцетами, лотками, перевязочным материалом и салфетками, сложенными в четыре слоя (для накрытия лотков).

2. Накрыть стерильный лоток большой салфеткой, сложенной в четыре слоя.

3. Положить под два верхних слоя салфетки корнцанг для работы со стерильным столом.

4. Прикрепить бирку с указанием даты и времени накрытия стерильного стола.

Выполнение процедуры

1. Проверить бирку стерильности стола и лотка с корнцангом.
2. Открыть стерильный стол.
3. Взять стерильным корнцангом лоток со стола и накрыть стерильной салфеткой, сложенной в четыре слоя.
4. Положить под два верхних слоя салфетки необходимый инструментарий в разобранном виде, пинцет.
5. Положить под верхний слой салфетки стерильные ватные тампоны (шарики), малые салфетки.
6. Положить стерильный корнцанг в лоток для корнцанга под два слоя салфетки.
7. Закрыть стерильный стол.

Оценка функционального состояния пациента

Пульс и его характеристика

Различают артериальный, капиллярный и венозный пульс.

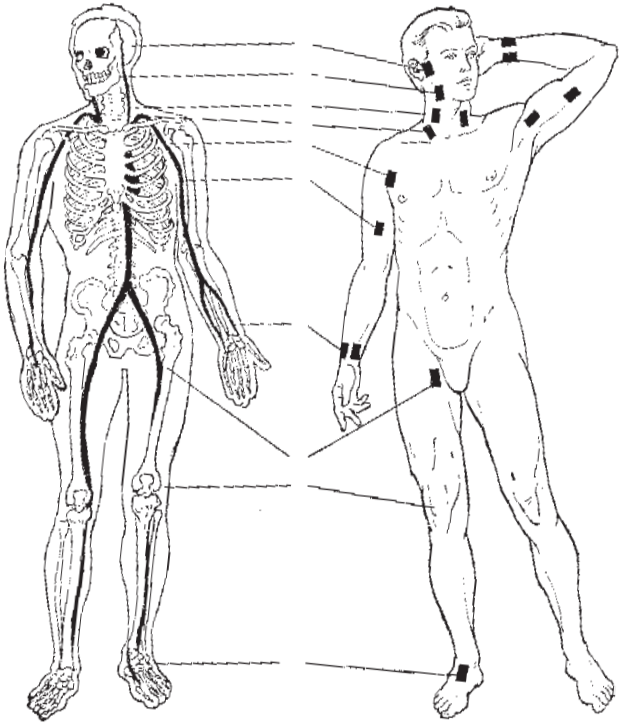


Рис. 2. Точки пальцевого прижатия артерий

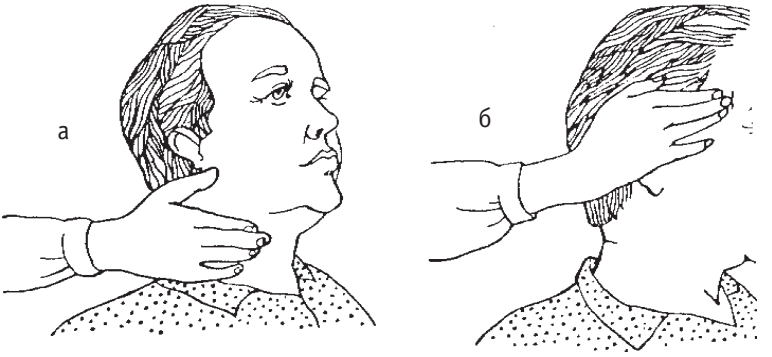


Рис. 3. Определение артериального пульса: а — на аорте; б — на височной артерии

Артериальный пульс — это ритмичные колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему в течение одного сокращения сердца. Различают *центральный* (на аорте, сонных артериях) и *периферический* (на лучевой, тыльной артерии стопы и некоторых других артериях) пульс.

В диагностических целях пульс определяют и на височной, бедренной, плечевой, подколенной, задней большеберцовой и других артериях.

Чаще пульс исследуют у взрослых на лучевой артерии, которая расположена поверхностно между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы.

Исследуя артериальный пульс, важно определить его частоту, ритм, наполнение, напряжение и другие характеристики. Характер пульса зависит и от эластичности стенки артерии.

Частота — это количество пульсовых волн в 1 минуту. В норме у взрослого здорового человека пульс 60–80 ударов в минуту. Учащение пульса более 85–90 ударов в минуту называется *тахикардией*. Урежение пульса менее 60 ударов в минуту называется *брадикардией*. Отсут-

ствие пульса называется *асистолией*. При повышении температуры тела на 1 °С пульс увеличивается у взрослых на 8–10 ударов в минуту.

Ритм пульса определяют по интервалам между пульсовыми волнами. Если они одинаковые — пульс ритмичный (правильный), если разные — пульс аритмичный (неправильный). У здорового человека сокращение сердца и пульсовая волна следуют друг за другом через равные промежутки времени. Если есть разница между количеством сердечных сокращений и пульсовых волн, то такое состояние называется *дефицитом пульса* (при мерцательной аритмии). Подсчет проводят два человека: один считает пульс, другой выслушивает тоны сердца.

Наполнение пульса определяется по высоте пульсовой волны и зависит от систолического объема сердца. Если высота нормальна или увеличена, то прощупывается нормальный пульс (полный); если нет — то пульс пустой. Напряжение пульса зависит от величины артериального давления и определяется той силой, которую необходимо приложить до исчезновения пульса. При нормальном давлении артерия сдавливается умеренным усилием, поэтому в норме

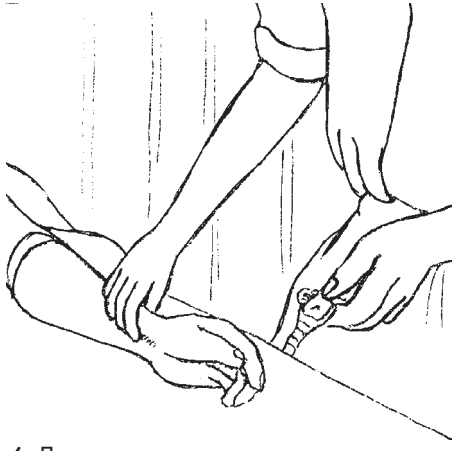


Рис. 4. Положение руки при исследовании пульса

пульс умеренного (удовлетворительного) напряжения. При высоком давлении артерия сдавливается сильным надавливанием — такой пульс называется напряженным. Важно не ошибиться, так как сама артерия может быть склерозирована. В таком случае необходимо измерить давление и убедиться в возникшем предположении.

При низком давлении артерия сдавливается легко, пульс по напряжению называется *мягким* (ненапряженным).

Пустой, ненапряженный пульс называется *малым нитевидным*.

Данные исследования пульса фиксируются двумя способами: *цифровым* — в медицинской документации, журналах и *графическим* — в температурном листе красным карандашом в графе «П» (пульс). Важно определить цену деления в температурном листе.

Подсчет артериального пульса на лучевой артерии и определение его свойств

Цель: определить основные свойства пульса.

Оснащение: часы или секундомер, температурный лист, ручка с красным стержнем.

Место определения пульса — лучевая артерия.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа. Предложить расслабить руки, при этом кисти и предплечья не должны быть на весу.	Создание комфортного положения, с целью обеспечения достоверности результатов.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Прижать одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец, указательный – у основания большого пальца) и почувствовать пульс.	Проводится сравнение характеристик пульса на обеих руках для выяснения состояния артерии, определяется более четкая пульсация на одной из них. 2-й (указательный) палец является наиболее чувствительным, поэтому его располагают над лучевой артерией у основания большого пальца.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
2. Сравнить периодичность колебаний стенок артерий на правой и левой руках, определяя ритм.	Продолжить исследование на одной руке (там, где пульс лучше прощупывается) для определения ритма пульса.
3. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.	Пульс ритмичный, если интервалы равны между собой.
4. Взять часы с секундомером и провести подсчет пульсовых волн.	Считать в течение 30 с, умножить на два, если пульс ритмичный; или 60 с, если пульс неритмичный.
5. Оценить наполнение пульса.	Определяется по величине объема артериальной крови, образующей пульсовую волну. Если волна хорошо ощущается, пульс удовлетворительного наполнения.
6. Оценить напряжение, сдавливая лучевую артерию до исчезновения пульса.	Если пульс исчезает при умеренном сдавлении, он удовлетворительного напряжения; при сильном сдавлении — пульс напряженный; при легком сдавлении — ненапряженный (нитевидный).
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Провести регистрацию свойств пульса в температурном листе графическим, а в листе наблюдения — цифровым способами.	Документирование результатов исследования пульса обязательно для последующего наблюдения и сравнения характеристик.
2. Сообщить пациенту результаты исследования.	Пациент имеет право на информацию.

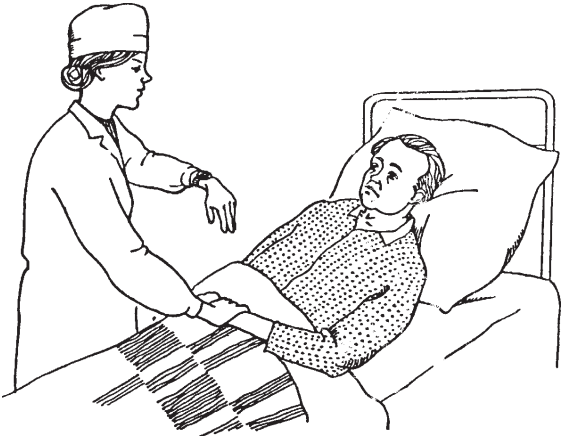


Рис. 5. Подсчет пульса на лучевой артерии

Измерение артериального давления

Артериальным называется давление, которое образуется в артериальной системе организма при сокращениях сердца и зависит от сложной нервно-гуморальной регуляции, величины и скорости сердечного выброса, частоты и ритма сердечных сокращений и сосудистого тонуса.

Различают систолическое и диастолическое давление. *Систолическим* называется давление, возникающее в артериях в момент максимального подъема пульсовой волны после систолы желудочков. Давление, поддерживаемое в артериальных сосудах в диастоле желудочков, называется *диастолическим*.

Пульсовое давление представляет собой разницу между систолическим и диастолическим давлением.

Измерение артериального давления производится непрямым звуковым методом, предложенным в 1905 году русским хирургом Н.С. Коротковым. Аппараты для измерения давления носят следующие названия: аппарат Рива-Роччи, или тонометр, или сфигмоманометр.

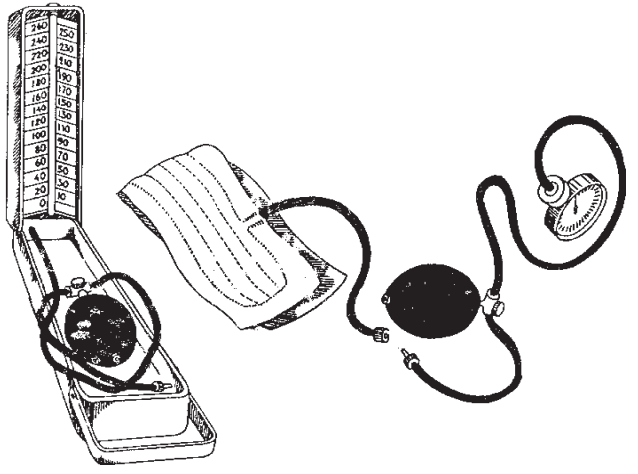


Рис. 6. Тонометры

В настоящее время используются и электронные аппараты, позволяющие определить АД незвуковым методом.

Для исследования АД важно учитывать следующие факторы: размер манжетки, состояние мембраны и трубок фонендоскопа, которые могут быть повреждены. Фиксация манометра должна быть на уровне манжетки, нельзя сильно нажимать головкой фонендоскопа на область артерии, вся процедура измерения АД продолжается 1 минуту. При нарушении этих факторов артериальное давление может быть недостоверным.

В норме артериальное давление колеблется в зависимости от возраста, условий внешней среды, нервного и физического напряжения.

У взрослого человека *норма систолического давления* колеблется от 100–105 до 130–135 мм рт. ст. (допустимое — 140 мм рт. ст.); *диастолического* — от 60 до 85 мм рт. ст. (допустимое — 90 мм рт. ст.), пульсовое давление в норме составляет 40–50 мм рт. ст.

При различных изменениях в состоянии здоровья отклонения от нормальных показателей АД называются *артериальной гипертензией*, или *гипертонией*, если давление повышено. Понижение АД — *артериальной гипотензией,* или *гипотонией*.

Цель: определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования.

Показания: по назначению врача.

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка с синей пастой, температурный лист, 70%-ный спирт, ватные шарики.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.	Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
2. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.	Достижение эффективного проведения процедуры.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть или попросить пациента подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки. 2. Выбрать правильный размер манжетки. 3. Наложить манжетку тонометра трубками вниз на обнаженное плечо пациента на 2–3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил только один палец.	Обеспечивается наилучшее разгибание конечности, что является условием для нахождения пульса и плотного прилегания головки фонендоскопа к коже.
4. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на ней. 5. Проверить положение стрелки манометра относительно отметки «0» на шкале манометра.	Одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки. Кожа плеча должна быть чистой, здоровой.
6. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место мембрану фонендоскопа. 7. Закрыть вентиль «груши» другой рукой, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20–30 мм. рт. ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).	Определение места для прикладывания головки фонендоскопа и выслушивания ударов пульса.
8. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра. 9. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД (АДс). 10. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД (АДд). 11. Выпустить весь воздух из манжетки.	Скорость выпускания воздуха из манжетки должна составлять 2–3 мм рт. ст. в секунду. Возможно ослабление тонов, что тоже соответствует диастолическому АД. При нормальных показателях АД измерение проводят один раз на обеих руках. Если давление выше нормы, то необходимо повторить процедуру через 5 минут и записать наименьшие показатели (исключается эмоциональный фактор).
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять манжетку. 2. Уложить манометр в чехол. 3. Продезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% спиртом.	Условия хранения тонометра.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
4. Оценить результат высоты АД и пульсового давления. 5. Сообщить пациенту результат измерения. 6. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе — систолическое давление, в знаменателе — диастолическое).	В норме пульсовое давление (разница между АДс и АДд) составляет 40–50 мм рт. ст.

Классификация уровней артериального давления (АД)

Категория	АДс (мм рт. ст.)	АДд (мм рт. ст.)
НОРМАЛЬНОЕ АД		
Оптимальное АД	100–120	60–80
Нормальное АД	120–130	80–85
Высокое нормальное АД	130–139	85–89
Артериальная гипотензия		
показатели АД	менее 100	менее 60
Артериальная гипертензия (АГ)		
АД	140	90

Образец регистрации показаний артериального давления

В НОРМЕ:

При первичном измерении:

АД прав. = 120/80 мм рт. ст.

АД лев. = 120/85 мм рт. ст.

ПРИ ПАТОЛОГИИ:

АД измеряется трехкратно, первое измерение не учитывается, 2-е и 3-е измерения суммируются и записывается среднее арифметическое значение АД.

ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ:

АД = 140/90 мм рт. ст.

ПРИ ГИПОТЕНЗИИ:

АД = 90/50 мм рт. ст.

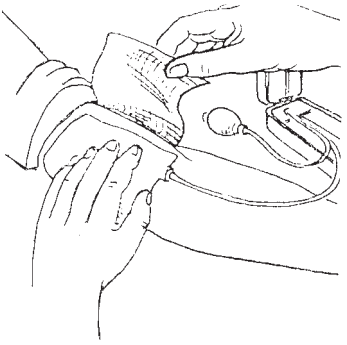


Рис. 7. Наложение манжетки



Рис. 8. Измерение АД

Наблюдение за дыханием

Наблюдая за дыханием, особое внимание следует уделять изменению цвета кожных покровов, определению частоты, ритма, глубины дыхательных движений и оценке типа дыхания.

Дыхательное движение осуществляется чередованием вдоха и выдоха. Количество дыханий за 1 минуту называют *частотой дыхательных движений* (ЧДД).

У здорового взрослого человека норма дыхательных движений в покое составляет 16–20 в минуту, у женщин она на 2–4 дыхания больше, чем у мужчин. Зависит ЧДД не только от пола, но и от положения тела, состояния нервной системы, возраста, температуры тела и т.д.

Наблюдение за дыханием следует проводить незаметно для пациента, так как он может произвольно изменить частоту, ритм, глубину дыхания. ЧДД относится к ЧСС в среднем как 1:4. При повышении температуры тела на 1 °С дыхание учащается в среднем на 4 дыхательных движения.

Возможные изменения характера дыхания

Различают дыхание *поверхностное* и *глубокое*. Поверхностное дыхание может быть неслышным на расстоянии или слегка слышным. Оно часто сочетается с патологическим учащением дыхания. Глубокое дыхание, слышимое на расстоянии, чаще всего связано с патологическим урежением дыхания.

К физиологическим типам дыхания относятся грудной, брюшной и смешанный тип. У женщин чаще наблюдается грудной тип дыхания, у мужчин — брюшной. При смешанном типе дыхания происходит равномерное расширение грудной клетки всех частей легкого во всех направлениях. Типы дыхания вырабатываются в зависимости от влияния как внешней, так и внутренней среды организма.

При расстройстве частоты ритма и глубины дыхания возникает одышка. Различают инспираторную одышку — это дыхание с затрудненным вдохом; экспираторную — дыхание с затрудненным выдохом и смешанную — дыхание с затрудненным вдохом и выдохом. Быстро развивающаяся сильная одышка называется *удушьем*.

Патологические типы дыхания

Различают:

• *большое дыхание Куссмауля* — редкое, глубокое, шумное, наблюдается при глубокой коме (длительная потеря сознания);

• *дыхание Биотта* — периодическое дыхание, при котором происходит правильное чередование периода поверхностных дыхательных движений и пауз, равных по продолжительности (от нескольких минут до минуты);

• *дыхание Чейна–Стокса* — характеризуется периодом нарастания частоты и глубины дыхания, которое достигает максимума на 5–7-м дыхании, с последующим периодом убывания частоты и глубины дыхания и очередной длительной паузой, равной по продолжительности (от нескольких секунд до 1 минуты). Во время паузы пациен-

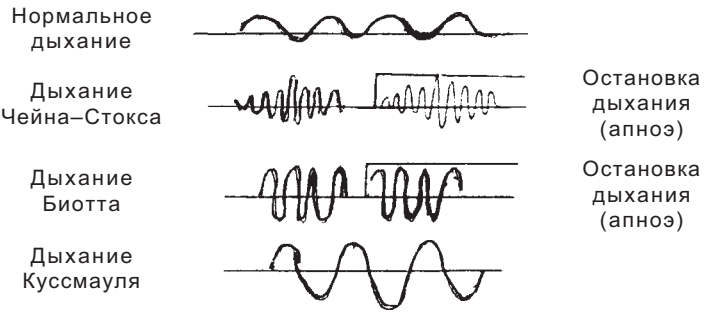


Рис. 9. Патологические типы дыхания

ты плохо ориентируются в окружающей среде или теряют сознание, которое восстанавливается при возобновлении дыхательных движений.

Асфиксия — это остановка дыхания вследствие прекращения поступления кислорода.

Астма — это приступ удушья или одышки легочного или сердечного происхождения.

Подсчет частоты дыхательных движений (ЧДД)

Цель: определить одну из основных характеристик дыхания.

Оснащение: часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка с синим стержнем.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса.	Подсчет ЧДД проводится медицинской сестрой (или членом семьи) без информирования пациента об исследовании частоты дыхания с целью профилактики произвольного изменения дыхания.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Придать пациенту удобное положение (лежа или сидя). 2. Взять руку пациента как для исследования пульса. 3. Положить свою руку и руку пациента на грудь пациента (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания), имитируя исследование пульса. 4. Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером. 5. Оценить частоту дыхательных движений. Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.	Наблюдать экскурсию его грудной клетки или живота. Держать руку на запястье пациента. Необходимо не только наблюдать, но и ощущать своей рукой экскурсию его грудной клетки или живота. Можно считать число вдохов за 30 с, затем умножить результат на 2.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Провести регистрацию данных в температурном листе (цифровым и графическим способами).	Обеспечение преемственности в работе, контроля за ЧДД.

Измерение суточного диуреза и определение водного баланса

Диурезом называется процесс образования и выделения мочи.

Суточным диурезом называется общее количество мочи, выделенной пациентом в течение суток.

Суточный диурез у взрослых колеблется от 800 мл до 2000 мл и зависит от возраста, температуры и влажности окружающей среды, условий питания, физических нагрузок и других факторов и должен составлять 75–80% от количества выпитой жидкости, 20–25% жидкости выводится с потом, дыханием и стулом.

Суточный водный баланс — это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством

выделенной жидкости из организма в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т. д., а также объем парентерально вводимых растворов.

Учет и определение водного баланса

Цель: диагностика скрытых отеков.

Оснащение: медицинские весы, мерная стеклянная градуированная емкость для сбора мочи, лист учета водного баланса.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости. 2. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима. 3. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования. 4. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса. Убедиться в умении заполнять лист. 5. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета введенной жидкости (учитывается не только содержание воды в пище, но и введенные парентеральные растворы).	Необходимо осознанное участие в совместной работе. Специальной подготовки не требуется. Твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды. Учету количества выделенной жидкости подвергается не только моча, но и рвотные массы, испражнения пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз. 2. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. 3. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета. 4. Фиксировать количество поступившей в организм жидкости в листе учета.	Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
5. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.	течение суток до 6.00 следующего дня включительно.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Медицинской сестре определить, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме); сказать пациенту.	Расчет учета водного баланса определяется по формуле: количество выделенной мочи умножить на 0,8 (80%) = количеству мочи, которое должно выделиться в норме.
2. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).	
3. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме) + или – 5–10%.	
4. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.	Это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребления мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года.
5. Сделать записи в листе учета водного баланса.	*ОЦЕНКА:* положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения и схождении отеков. Отрицательный — о нарастании отеков или неэффективности дозы диуретических средств.

Расчет: в нашем примере суточный диурез должен составлять: 1500×0,8 (80% от количества выпитой жидкости) = 1200 мл, а он на 130 мл меньше. Значит, водный баланс отрицательный, что указывает на неэффективность лечения или нарастание отеков (см. ниже «Лист учета водного баланса»).

Образец

ЛИСТ УЧЕТА ВОДНОГО БАЛАНСА

Дата _____

Наименование больницы _____

Отделение _____

Палата № _____

ФИО *Иванов Петр Сергеевич*

Возраст *45 лет* Масса тела *70 кг*

Диагноз *Обследование*

Время	**Выпито**	**Кол-во жидкости**	**Время**	**Выделено мочи в мл (диурез)**
9.00	Завтрак	250,0	10.40	220,0
10.0	В/в капельно	400,0	12.00	180,0
14.00	Обед	350,0	17.00	150,0
16.00	Полдник	100,0	20.00	200,0
18.00	Ужин	200,0	3.00	170,0
21.00	Кефир	200,0	6.00	150,0
За сутки	**Всего выпито**	**1500,0**	**Всего выделено**	**1070,0**

Прием пациента в стационар

Студент должен знать:

- устройство и функции приемного отделения;
- содержание деятельности сестринского персонала в приемном отделении стационара;
- пути госпитализации пациентов в стационар;
- документацию приемного отделения.

Студент должен уметь:

- осуществить полную или частичную санитарную обработку пациента;
- провести осмотр волосистых частей тела пациента;
- осуществить мероприятия по выявлению педикулеза;
- транспортировать пациента в лечебное отделение.

Студент должен иметь навыки:

- оформления титульного листа истории болезни пациента;
- оформления «Статистической карты пациента»;
- регистрации пациента в «Журнале учета приема больных и отказов от госпитализации»;
- заполнения «Экстренного извещения об инфекционном заболевании».

Прием пациента в различные отделения стационара осуществляется через приемное отделение. Исключением являются инфекционное и родильное отделения, которые имеют самостоятельные приемные отделения.

В приемном отделении производят регистрацию, врачебный осмотр и санитарную обработку пациентов.

Устройство приемного отделения соответствует последовательности его работы и состоит чаще всего из вестибюля, зала ожидания, гардероба и регистратуры, справочной, смотровых комнат, изоляторов (боксов), диагностических палат и санитарного пропускника. Санитарный пропускник должен состоять из трех комнат: комната для раздевания пациента, ванная-душевая и комната для

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

наименование лечучреждения

Учета, ф. № 3 Утверждена
Министерством здравоохранения
СССР 16.УИ. 1964 г.

__М__
Ж

Для экстренно-госпитализированных «Экстренный» (подчеркнуть)
Данные санобработки – полная, частичная, обмывка (подчеркнуть)
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

особые отметки

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

Кем направлен больной _____
Дата заболевания (для экстренно-госпитализированных – час)___ число, месяц 200 __ г.
Дата обращения по данному заболеванию в поликлинику_____ число, месяц 200 __ г.
Поступил ___ час ___ число, месяц 200 __ г.
Выбыл ___ час _____ число, месяц 200 __ г.
Переведен ___ час ___ число, месяц 200 __ г.
Куда _____

Дата _____200 ___ г.
Отделение _____
проведено всего в больнице _____ койко-дней
Выдан листок нетрудоспособности № _____
на _____ дней
в т.ч. зачтено дней больному по временной нетрудоспособности до поступления в больницу _____
умер _____ 200 __ г.
дата и час смерти

Фамилия, имя, отчество _____
Возраст _____ лет. Народность _____ Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)

Где живет (адрес)_____ область, край _____
Район _____ Населенный пункт _____
Улица (переулок) _____ дом № __ корпус № __ кв. № __
Место работы больного*
_____
Отрасль производства _____ Отделение, цех _____
Выполняемая работа или должность _____
Диагнозы: а) направившего лечебного учреждения _____
_____
_____
б) при поступлении _____ | Дата установления
Дата _____ 200 __ г. Подпись врача _____ |
в) клинические диагнозы _____ |
_____ |
_____ |
_____ |
г) при выписке 1) основной _____
_____

Работает сам
Находится
на иждивении – у кого _____ вписать

Живет постоянно:
в городе, селе

Исход болезни:
Выздоровление
Улучшение
Без перемен
Ухудшение
Смерть

Трудоспособность:
Восстановлена
Утрачена временно
Направлен на амбулаторное лечение

Стойкая утрата нетрудоспособности
Частичная, полная
Направлен на ВТЭК

2) сопутствующие _____
3) осложнения _____
Дата_____ 200 __ г. Подпись лечащего врача _____ Подпись зав. отдел_____
Операция (наименование) _____
Дата и час производства операции _____ Продолжительность _____
Наркоз: общий, смешанный, анестезия, спинномозговое обезболивание (подчеркнуть)
Количество наркотического вещества _____ Продолжительность наркоза _____
Осложнения _____ Заживание: первичное, вторичное, вторичные швы _____
Для умерших из числа экстренно-госпитализированных хирургических больных причина смерти: шок, кровотечение, перитонит, сепсис, наркоз, пневмония (подчеркнуть), прочая (какая) _____
_____

Проверено (дата)

Подпись хирурга
Главный врач

* Если больной не работает, указать место работы лица, на иждивении которого он находится

одевания пациента. В приемном отделении имеются: процедурный кабинет, малая операционная, перевязочная, рентген-кабинет, лаборатория, кабинет дежурного врача, туалетная комната и некоторые другие помещения, обеспечивающие круглосуточную работу приемного отделения.

В приемное отделение стационара пациенты поступают в экстренном и плановом порядке. Все пациенты, требующие неотложной медицинской помощи, поступают в экстренном порядке. Их доставляют машиной «скорой медицинской помощи», переводят из других лечебных учреждений или принимают в стационар без направления, «самотеком». В зависимости от тяжести состояния пациента всю информацию при заполнении истории болезни получают от самого пациента, а если он без сознания — от сопровождающих его лиц или родственников. При поступлении пациента без документов и сопровождающих его лиц необходимо сообщить в органы милиции о том, что поступил «неизвестный».

Персонал приемного отделения обязан известить родственников пациента, если он был доставлен машиной «скорой помощи», по поводу заболевания, наступившего вне дома.

Плановые пациенты поступают по направлению врача территориальной поликлиники.

После регистрации пациент направляется в смотровой кабинет для осмотра врачом и постановки диагноза. Если диагноз неясен, врач может назначить дополнительные исследования (лабораторные, эндоскопические, УЗИ) или консультацию узкого специалиста. Дежурный врач решает, в какое отделение должен быть направлен пациент. Если диагноз остается неясным, пациента после санитарной обработки помещают в диагностическую палату приемного отделения, где обследуют, наблюдают, диагностируют, а затем уже направляют в соответствующее отделение. Пациенту, не нуждающемуся в стационарном лечении, оказывают помощь и направляют на лечение в поликлинику по месту жительства. Результаты осмотра, обследования, назначения врача, а также характер санитарной обработки и вида транспортировки пациента вписываются врачом

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ

_____
наименование учреждения

Форма № 066/у-96Р
Утверждена Минздравом СССР 04.10.80,
дополнена приказом ДЗ РО
и РОФОМС № / от 01.1996 г.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____
Пол (мужчина – 1, женщина – 2) I__I
Дата рождения (число, лесяц, год) I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Категория льгот (ИВОВ, УВОВ или др. категория населения) _____
Серия и номер страхового полиса I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Наименование страховой организации I__I__I

2. Проживает постоянно (адрес):
Город _____ Улица _____ Дом _____ Корп. _____ Кв. ___
Житель: (города – 1, села – 2) I__I

3. Кем направлен больной
_____
_____
_____

4. Отделение _____
Профиль коек _____

5. Доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть)
Да – 1
Нет – 2
Через сколько часов после заболевания, получения травмы (подчеркнуть)
В первые 6 часов – 1
7 – 24 часа – 2
Позднее 24 часов – 3

6. Дата поступления в стационар:
200 __ г., _____ м-ц,
_____ го _____

7. Исход заболевания (подчеркнуть):
Выписан – 1
Умер – 2
Переведен в др. ЛПУ – 3
Переведен в др. отд. – 4

7а. Дата выписки, смерти
200 __ г., _____ м-ц
_____ число _____ час.

7б. Проведено дней: _____
в т.ч. в последнем отд. _____
в реанимации _____

8. Диагноз направившего учреждения
_____
_____

9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания
Впервые – 1
Повторно – 2

10. Коды КГС: Основное заболевание: I__I__I__I__I__I__I__I
Сопутствующие заболевания: I__I__I__I__I__I__I__I
Код КГС реанимации I__I__I__I__I__I__I__I

в историю болезни пациента. После осмотра пациента врачом и оценки его состояния он переводится в другое помещение, где проводится санитарная обработка пациента: осмотр волосистой части головы на педикулез, кожи — на наличие гнойничковой сыпи, верхних и нижних конечностей — на наличие грибковых заболеваний. В зависимости от состояния пациенту назначают гигиеническую ванну, душ или обтирание наиболее загрязненных участков кожи, а также производят антропометрические измерения температуры тела с целью оценки функционального состояния и профилактики внутрибольничной инфекции.

Антропометрия

Это комплекс методов изучения морфологических особенностей человеческого тела, изучение измерительных и описательных признаков. К измерительным методам

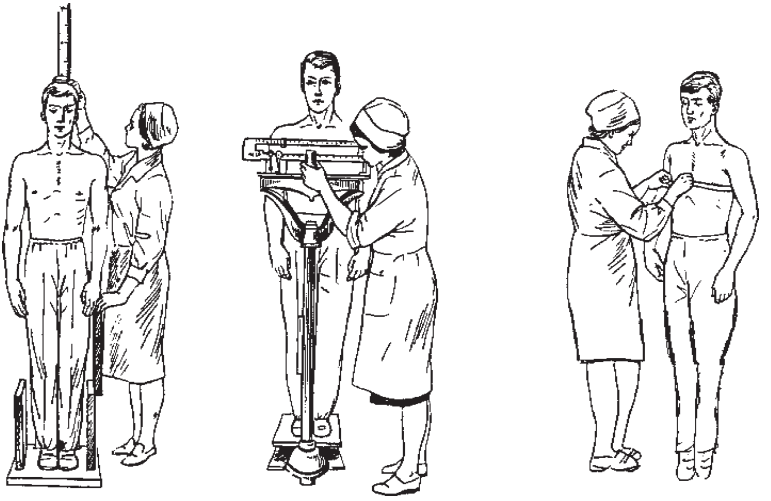


Рис. 10. Антропометрия: а — измерение роста; б — взвешивание; в — измерение окружности грудной клетки

относятся определение массы тела, роста, измерение окружности грудной клетки и некоторые другие.

Определение массы тела пациента

Цель: диагностическая.

Показания: выявление дефицита веса, ожирения, скрытых отеков, наблюдение за динамикой веса, отеков в процессе лечения, поступление пациента в стационар.

Противопоказания:

– тяжелое состояние пациента;

– постельный режим.

Оснащение:

– весы медицинские;

– чистая продезинфицированная клеенка 30×30 см на площадку весов;

– емкость с дезраствором для дезинфекции клеенки, перчаток;

– 5%-ный раствор хлорамина с 0,5%-ным раствором моющего средства;

– ветошь для двукратной обработки клеенки;

– перчатки латексные.

Обязательное условие:

– взвешивание проводится взрослых пациентов;

– натощак утром, в одни и те же часы;

– после предварительного опорожнения мочевого пузыря;

– после освобождения кишечника;

– в нательном белье.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить пациента о предстоящей процедуре, объяснить цель, условия подготовки. 2. Отпустить затвор весов. 3. Установить гири весов в нулевом положении, отрегулировать весы. 4. Закрыть затвор. 5. Застелить продезинфицированную клеенку на площадку весов.	Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на клеенку (без тапочек). 2. Открыть затвор и путем передвижения разновесов установить равновесие. 3. Произвести взвешивание. 4. Закрыть затвор. 5. Предложить пациенту осторожно сойти с весов. 6. Записать данные взвешивания в температурный лист. 7. Оценить результат.	В норме масса тела по формуле Брокка примерно равна росту минус 100.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Снять клеенку и обработать ее методом двукратного протирания 5% раствором хлорамина с 0,5% раствором моющего средства.	Обеспечиваются профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.

Измерение роста пациента

Цель: диагностическая.

Показания: ожирение, нарушение функций гипофиза и др., прием пациента в стационар.

Оснащение:

– ростомер вертикальный;

– чистая продезинфицированная клеенка 30×30 см;

– емкость с дезраствором;

– 5%-ный раствор хлорамина с 0,5%-ным раствором моющего средства;

– ветошь для обработки клеенки, ростомера;

– перчатки латексные;

– бумага, ручка.

Обязательное условие: определение роста взрослого пациента проводится после снятия обуви и головного убора.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом; объяснить цель исследования и положение тела во время процедуры.	
2. Вымыть руки, надеть перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Застелить клеенку на площадку ростомера.	
4. Встать сбоку от ростомера и поднять планку выше предполагаемого роста пациента.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Предложить пациенту встать на площадку ростомера на клеенку так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера затылком, лопатками, ягодицами, пятками.	Достижение достоверности данных исследования.
2. Установить голову пациента так, чтобы наружный угол глазницы и наружный слуховой проход были на одном горизонтальном уровне.	Это обеспечит правильное положение головы по отношению к планке ростомера.
3. Опустить планку ростомера на темя пациента.	
4. Предложить пациенту сойти с площадки ростомера.	
5. По шкале ростомера определить рост пациента, записать результат: l =	Обеспечивается преемственность в передаче информации.
6. Сообщить пациенту о результатах измерения.	Обеспечиваются права пациента на информацию.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать клеенку и протереть двукратно 5%-ным раствором	Обеспечение профилактики грибковых заболеваний.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
хлорамина с 0,5%-ным раствором моющего средства.	
2. Снять перчатки, погрузить в емкость для дезинфекции, вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

Измерение окружности грудной клетки

Цель: диагностическая.

Оснащение:

– сантиметровая лента;

– 70%-ный этиловый спирт или 1%-ный раствор хлорамина;

– марлевые салфетки;

– лист бумаги, ручка;

– перчатки латексные.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения.	
2. Объяснить пациенту цель исследования и ход процедуры, получить согласие.	
3. Вымыть и высушить руки, надеть перчатки.	
4. Предложить пациенту встать лицом к медицинской сестре с опущенными вниз руками.	Условие проведения процедуры.
ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Наложить сантиметровую ленту на тело пациента сзади под нижними углами лопаток, спереди — по четвертому ребру, по сосковой линии (у мужчин) или выше грудной железы (у женщин).	Условия получения правильных данных измерения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Определить окружность грудной клетки в состоянии покоя, максимального вдоха, полного выдоха.	
3. Записать данные: $ОГК_{покоя}$ – $ОГК_{вдох}$ – $ОГК_{выдох}$ –	Это необходимо для контроля результата и преемственности в передаче информации.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Продезинфицировать сантиметровую ленту (протереть салфеткой, смоченной спиртом или 1%-ным раствором хлорамина, с двух сторон двукратно).	
2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.	

Полная санитарная обработка пациента

В зависимости от состояния пациента санитарная обработка может быть полной или частичной. Характер санитарной обработки определяет врач. К *полной санитарной обработке* относятся ванна, душ. К *частичной* — обмывание, обтирание. Перед санитарной обработкой медицинская сестра приемного отделения обязана тщательно осмотреть волосистую часть тела пациента для выявления педикулеза (головных вшей).

Санитарная обработка пациента при выявлении педикулеза

Цель: уничтожение вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа).

Оснащение:

1. Укладка защитной одежды и белья в биксе — медицинский халат, косынка, маска, клеенчатый фартук, перчатки. Полиэтиленовые косынки — 2 шт., клеенчатая пелерина, полотенца — 2 шт., ватные тампоны, стержень, шампунь, 6% р-р уксуса, подогретый до 30 °С; клеенчатый мешок, ножницы, частый гребень.

2. Таз для сжигания волос, спички.

3. Один из дезинсектицидных (педикулоцидных) р-ров:

а) 20% р-р эмульсии бензилбензоата или ниттифор;

б) 0,5% р-р метилацетофоса в равных количествах с 6% уксусной кислотой;

в) 0,25% р-р дикрезила.

4. Чистое нательное белье.

5. Историю болезни пациента или амбулаторную карту и журнал осмотра на педикулез.

6. Экстренное извещение об инфекционном заболевании.

Обязательные условия: соблюдать противопоказания. К ним относится обработка беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет, пациентов при заболеваниях кожи головы.

Обработку проводить в специальном, хорошо вентилируемом помещении.

Соблюдать права пациента, конфиденциальность, инфекционную безопасность.

Подготовка к процедуре

1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.

2. Надеть дополнительный халат, косынку, тапочки, перчатки, маску, фартук.

3. Усадить пациента на кушетку, покрытую клеенкой.

4. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.

Выполнение процедуры

1. Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному

средству (например, смочить волосы и втереть 20% эмульсию бензилбензоата и оставить на 30 мин, или ниттифор — на 40 мин).

> **Примечание:** следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, а волосы были равномерно смочены.

2. Накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (20 мин).

3. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством, осушить полотенцем.

4. Обработать волосы пациента подогретым 6% р-ром столового уксуса.

5. Накрыть волосы полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем на 20 минут.

6. Промыть волосы теплой проточной водой, высушить полотенцем.

7. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь.

8. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет.

Окончание процедуры

1. Сжечь бумагу.

2. Снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры в клеенчатый мешок.

3. Отправить мешок в дезкамеру, обработать гребень методом протирания 70% спиртом или обдать кипятком, обработать помещение инсектицидным средством.

4. Сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента (медицинской карты стационарного больного), сделать отметку о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.

5. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.

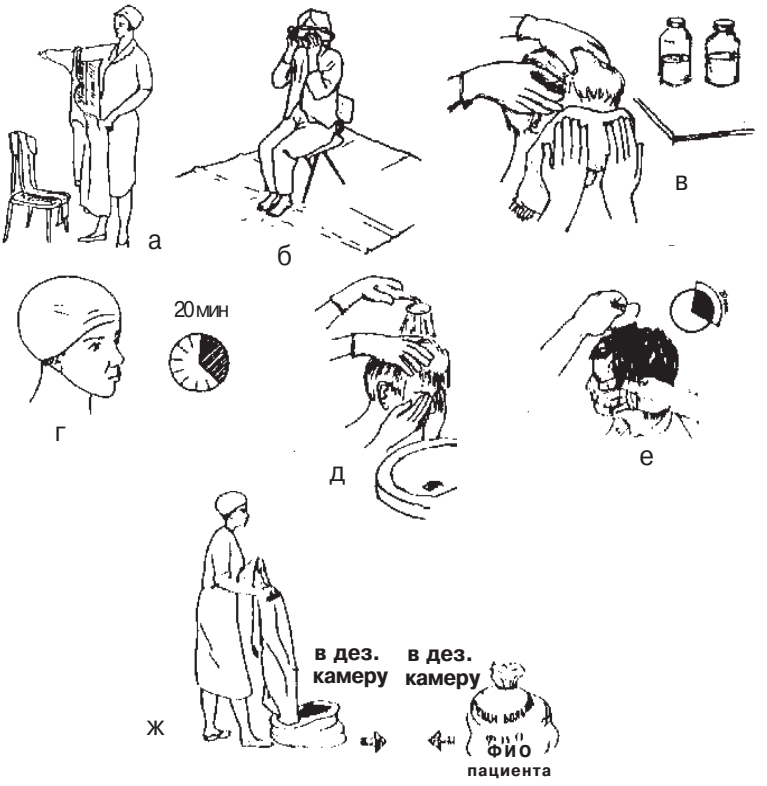


Рис. 11. Санитарная обработка пациента при выявлении педикулеза:
а — надевание спецодежды медсестрой; б, в, г — обработка волосистой части головы; д — промывание волос после обработки; е — смачивание волос раствором уксуса; ж — отправка одежды пациента в дезкамеру

6. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.

Примечание: если необходимо подстричь волосы, делают это над тазом и волосы сжигают.

Обработка волосистой части головы при педикулезе механическим способом

Цель: уничтожение вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа) у пациентов при заболеваниях кожи головы, беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет.

Оснащение:

1. Укладка защитной одежды и белья в биксе — медицинский халат, косынка, маска, клеенчатый фартук, перчатки. Полиэтиленовые косынки — 2 шт., клеенчатая пелерина, полотенца — 2 шт., ватные тампоны, стержень, шампунь, 6% р-р уксуса, подогретый до 30 °С; клеенчатый мешок, ножницы, частый гребень, ватные жгутики или нитка.
2. Таз для сжигания волос, спички.
3. Один из дезинсектицидных (педикулоцидных) р-ров:
   а) 20% р-р эмульсии бензилбензоата или ниттифор;
   б) 0,5% р-р метилацетофоса в равных количествах с 6% уксусной кислотой;
   в) 0,25% р-р дикрезила.
4. Чистое нательное белье.
5. История болезни пациента или амбулаторная карта и журнал осмотра на педикулез.
6. Экстренное извещение об инфекционном заболевании.

Обязательные условия:

– обработку проводить в специальном, хорошо вентилируемом помещении;

– соблюдать права пациента, конфиденциальность, инфекционную безопасность.

Подготовка к процедуре

1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку или стрижку волос.

При отказе от стрижки:

2. Надеть дополнительный халат, косынку, тапочки, перчатки, маску, фартук.

3. Усадить пациента на кушетку, покрытую клеенкой.

4. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.

Выполнение процедуры

1. Обработать волосы, а не кожу головы, теплым столовым уксусом, выбирая механическим способом живые формы вшей и уничтожая их.

> **Примечание:** следить, чтобы уксус не попал в глаза пациента, а волосы были равномерно смочены.

2. Накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (20 мин).

3. Пропустить ватный жгутик или нитку сквозь зубцы частого гребня, обильно смоченный уксусом, и также смочить обильно уксусом.

4. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством, осушить полотенцем.

5. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно, разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь. Обработать гребень методом протирания 70% спиртом или обдать кипятком.

6. Промыть волосы теплой проточной водой, высушить полотенцем.

Окончание процедуры

1. Сжечь бумагу.

2. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет.

3. Снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры — в клеенчатый мешок.

4. Отправить мешок в дезкамеру, обработать помещение инсектицидным средством.

5. Сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента (медицинской карты стационарного больного), сделать отметку о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.

6. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.

7. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.

Примечание: если необходимо подстричь волосы, делают это над тазом и волосы сжигают.

Гигиеническая ванна

Цель: предупреждение внутрибольничной инфекции.

Оснащение: водяной термометр, ножницы, полотенце, мыло и мочалка индивидуальные, чистое нательное и постельное белье, клеенчатый фартук.

Обязательные условия: исключить сквозняки, обязательное наблюдение медсестры, температура воздуха в ванной комнате не менее 25 °С, на полу — резиновый коврик, температура воды – 35–37 °С.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.

2. Наполнить ванну водой на $^1/_2$ ее объема, температура равна 35–37 °С.

3. Предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях (сердцебиение, одышка и т. п.) и о необходимости сообщить об этом медсестре.

4. Усадить пациента в ванну, поддерживая его сзади под локти так, чтобы ноги упирались в подставку, а уровень воды доходил до мечевидного отростка грудины пациента.

5. Предложить пациенту мыться самостоятельно, если он это может сделать сам.

Выполнение процедуры

1. Надеть фартук.

2. Вымыть пациента (если он не может самостоятельно этого сделать) в следующей последовательности: голова, туловище, верхние конечности, нижние конечности, паховая область, промежность, используя индивидуальную мочалку и душ.

3. Помочь пациенту выйти из ванны.

Окончание процедуры

1. Накрыть плечи пациента полотенцем и помочь ему выйти из ванны (при необходимости — оказывайте помощь вдвоем).
2. Вытереть пациента в той же последовательности.
3. Убедиться, что кожа в естественных складках и между пальцами сухая.
4. Подстричь ногти пациенту на руках и ногах.
5. Помочь пациенту причесаться, надеть одежду и обувь.
6. Одеть пациента в чистое белье.
7. Продезинфицировать использованные предметы ухода, ванну.

Примечание: продолжительность ванны — не более 25 мин.

Гигиенический душ

Цель: предупреждение внутрибольничной инфекции.

Оснащение: водяной термометр, ножницы, полотенце, мыло и мочалка индивидуальные, чистое нательное и постельное белье, клеенчатый фартук, пеленка.

Обязательные условия: исключить сквозняки, обязательное наблюдение медсестры, температура воздуха в ванной комнате не менее 25 °С, на полу — резиновый коврик, температура воды – 35–37 °С.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
2. Поставить в ванну скамеечку и усадить на нее пациента.
3. Помочь пациенту стать в ванну, поддерживая его сзади под локти, и затем сесть на сиденье.
4. Побуждать пациента к самостоятельному мытью. Предлагать помощь в том случае, если она необходима.

Выполнение процедуры

1. Надеть фартук, вымыть голову пациенту:
   – сложить пеленку в несколько раз и попросить пациента прикрыть глаза;

а



б



Рис. 12. Санитарная обработка пациента:
а — в ванне; б — под душем

– смочить волосы, поливая их водой из душа;
– нанести немного шампуня на волосы пациента;
– вымыть голову обеими руками, бережно массировать голову, пока все волосы не будут полностью намылены;
– смыть мыльную пену водой;
– вытереть волосы пациенту.

2. Помочь пациенту, при необходимости, вымыть тело в той же последовательности, как при проведении гигиенической ванны.

3. Помочь пациенту встать с сиденья (при необходимости — оказывайте помощь вдвоем, используя правильную биомеханику тела).

Окончание процедуры

1. Помочь пациенту выйти из ванны.
2. Вытереть тело в той же последовательности.
3. Помочь пациенту причесаться, надеть одежду и обувь.
4. Подстричь ногти пациенту на руках и ногах.
5. Помочь пациенту надеть чистое нательное белье и одежду.
6. Снять фартук и сбросить его в непромокаемый мешок, вымыть и высушить руки.
7. Сделать запись о выполненной процедуре и о реакции пациента.

Безопасная больничная среда

Студент должен знать:

• понятие, виды, режимы двигательной активности пациента;

• биомеханику тела пациента и медицинской сестры при различных положениях;

• правила перемещения и изменения положения тела в постели;

• факторы риска у пациентов различного возраста;

• методы снижения риска падения и других травм у пациентов;

• элементы сестринского процесса при проблемах, связанных с нарушением двигательной активности (функции) пациента.

Студент должен уметь:

• убедить пациента в необходимости соблюдения назначенного режима физической активности;

• провести сестринское обследование до транспортирования и перекладывания пациента;

• применять правила биомеханики тела медицинской сестры с целью профилактики травм позвоночника.

Студент должен иметь навыки:

• безопасной транспортировки пациента на каталке, на носилках, на руках;

• оказания помощи пациенту (манекену) при перемещении в постели.

В лечебном учреждении сестринский персонал и все, кто участвует в процессе ухода за тяжелобольными, подвергаются воздействию отрицательных факторов на организм.

К ним относятся: чрезмерная физическая нагрузка, связанная с перемещением пациента; воздействие токсических веществ на организм, как дезинфицирующих, так и лекарственных средств; инфекция; радиация; стрессы и нервное истощение.

Данная тема широко изложена в пакете учебных материалов ВОЗ по сестринскому делу — проекте «LEMON» и учебнике С. А. Мухиной и И. И. Тарновской «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела».

Рассмотрим некоторые методики безопасности обслуживающего персонала при уходе за пациентами.

Неправильное обращение с пациентами является преобладающей причиной травм спины, возникновения болей у медицинской сестры в процессе предоставления ухода.

Поэтому важно пользоваться методами обращения, которые разработаны для того, чтобы уменьшить давление на позвоночник и туловище при транспортировке, перемещении и перекладывании пациента.

Прежде чем начать перемещение пациента, необходимо определить:

- цель перемещения;
- состояние здоровья пациента, возможности для сотрудничества;
- наличие вспомогательных механических средств для перемещения (трость, костыли, ходунки);
- определить роль руководителя, который сможет давать ясные, четкие команды и объяснения пациенту.

При выполнении различных передвижений, поднятий, перемещений обслуживающему персоналу необходимо помнить:

- перед тем как поднимать пациента, нужно привести его в безопасное, удобное положение;
- обслуживающему персоналу занять безопасное, удобное положение с соблюдением равновесия в отношении веса пациента и направления движения;
- использовать вес собственного тела для снятия напряжения, вызываемого движениями рук, особенно если необходимо делать несколько раскачивающих движений, чтобы создать необходимую движущую силу для поднятия пациента (раскачивающие движения делайте очень осторожно);

• начиная поднятия, убедитесь, что ваши ноги занимают устойчивое положение;

• убедитесь, что вы выбрали самое лучшее положение для удержания пациента, держите спину прямо, подходите к пациенту так близко, насколько это возможно, и выполняйте движения в том же ритме, что и остальные помощники.

Помните, что передвижение пациента может быть успешным только при согласованности действий в бригаде:

• выберите лидера, который будет руководителем бригады и будет давать команды;

• выберите самую лучшую методику обращения с пациентом;

• определите, кто примет на себя самую тяжелую работу, а именно — удержание бедер и туловища пациента (это должна быть самая сильная и здоровая медицинская сестра, независимо от должности).

Удерживание пациента методом «захват через руку»

(выполняется одной медсестрой, пациент может помочь)

Показания: поддержка и перемещение кзади пациента (спинке стула), способного оказать содействие.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Объяснить пациенту цель удерживания, получить его согласие, объяснить последовательность действий.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
4. Оценить окружающую обстановку (влажность пола, посторонние предметы на полу, тапочки без задника).	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Попросить пациента прижать свои руки к телу и фиксировать их на необходимом уровне.	Это поможет обеспечить биомеханику тела пациента. Если у пациента функция одной руки ослаблена, пациент захватывает более сильной рукой слабую руку.
2. Зайти со стороны спины пациенту (позади кресла или стула, на котором он сидит), просунуть свои руки в подмышечные впадины пациенту сзади, ухватить руки пациента у запястья, учитывая болезненные места на руках.	Такой захват обеспечит правильную биомеханику тела медсестры, надежность удержания, фиксацию тела на предплечьях медсестры при возможном падении. Нельзя допускать возникновения болей у пациента.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Сообщить пациенту о завершении процедуры.	
2. Убедиться в безопасном положении пациента, расцепить и вывести руки медсестры, поблагодарить пациента за помощь в удержании, ободрить.	Пациент должен убедиться в своей безопасности, ощутить значимость своей помощи.
3. Вымыть руки, высушить.	Обеспечивается инфекционная безопасность.



Рис. 13. Удерживание пациента методом «захват через руку»

Поддерживание пациента при ходьбе

(выполняется одной сестрой)

Показания: помощь при ходьбе после инсульта, травмы и т. п.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны, нужны ли ему вспомогательные средства.	Обеспечить активное участие пациента в поддержании.
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать рядом с пациентом, применить «захват большими пальцами ладоней», держать правую руку пациента своей правой или левую в левой.	Обеспечить безопасность пациента. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в «замок» больших пальцах.
2. Поддерживать другой рукой пациента под локоть или подмышечную область, или обхватить пациента за талию.	Обеспечить безопасность пациента.
3. Встать к пациенту как можно ближе, поддерживать его колени ногой, убедиться, что пациент чувствует себя уверенно.	Это обеспечит удержание пациента от падения, при минимальных усилиях.
4. Передвигаться рядом с пациентом.	Обеспечить безопасность пациента.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вымыть и высушить руки.	Обеспечить инфекционную безопасность.

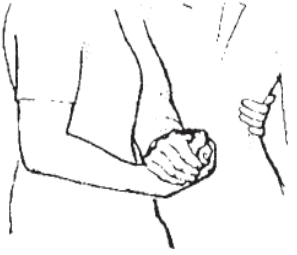


Рис. 14. Захват большими пальцами ладоней



Рис. 15. Поддерживание пациента при ходьбе

Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя с опущенными ногами»

(выполняется одной медсестрой)

Показания: вынужденное, пассивное положение, смена положения тела пациента при риске возникновения пролежней.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом;	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в поддержании.
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медицинская сестра.	Обеспечить доступ к пациенту и его безопасность.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Встать напротив пациента, левую руку подвести под его плечи, правую руку – под колени, охватывая их сверху.	Не наклоняться! Согнуть ноги в коленях для соблюдения правильной биомеханики тела.
3. Поднять пациента, опуская его ноги вниз и одновременно поворачивая его на постели в горизонтальной плоскости под углом 90^0.	Помните о соблюдении правильной биомеханики тела сестры и пациента!
4. Усадить пациента, продолжая стоять к нему лицом и удерживая его левой рукой за плечо, а правой — за корпус тела.	Исключите риск падения пациента, связанного с возможностью головокружения.
5. Убедиться, что пациент сидит устойчиво и уверенно.	
6. Подложить упор под спину пациента.	Используйте подушки и другие средства для упора.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надеть пациенту тапочки и поставить под ноги скамейку.	Исключить опасность переохлаждения и отвисания стоп.
2. Вымыть и высушить руки.	

Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положение «лежа на кровати»

(выполняется одной медсестрой)

Показания: перемещение пациента в том случае, если пациент может помочь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасность пациента.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать.	На каждый счет слегка раскачивайтесь вперед-назад, создавая инерцию тела для безопасности пациента и сестры при перемещении. Делайте это медленно!
2. Поставить пациента на счет «три» на ноги (поворачивайтесь одновременно с ним, нога к ноге, пока он не почувствует край кровати).	Исключите риск падения пациента, связанного с возможностью потери равновесия.
3. Посадить пациента на кровать. Встать лицом к пациенту сбоку от него, ближе к изголовью. Расставить ноги на ширину 30 см.	Для обеспечения правильной биомеханики тела сестры и безопасности пациента
4. Развернуть свою ногу, расположенную ближе к изголовью, кнаружи.	
5. Держать спину прямо.	
6. Провести одну руку под колени пациента, охватить их сверху, другой рукой охватить плечи пациента.	
7. Поднять ноги пациента на кровать, поворачивая его туловище при этом вокруг оси на 90^0 и опуская его голову на подушку.	Уложить пациента на кровать.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Укрыть пациента, убедиться, что он лежит удобно и комфортно.	
2. Вымыть и высушить руки.	

Перемещение пациента с кровати на стул методом «поднятие плечом»

(выполняется двумя или более людьми, пациент может сидеть, но не может передвигаться самостоятельно с помощью ног)

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Оценить окружающую обстановку.	
4. Поставить стул рядом с кроватью.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Переместить пациента и усадить в положение со свободно свисающими ногами.	Создать возможность дальнейшего перемещения.
2. Встать с обеих сторон от пациента лицом к нему.	Уменьшается нагрузка на сестру, исключается травма стопы пациента.
3. Подвести ближайшую к пациенту руку под его бедра.	Обе сестры берут друг друга за руки «запястным захватом».
4. Поддерживать пациента за бедра как можно ближе к ягодицам.	
5. Подставить плечи в подмышечные впадины пациента, а пациент укладывает свои руки на спины медицинских сестер.	Обе сестры следят за соблюдением правильной биомеханики своего тела с целью профилактики травмы спины.
6. Использовать свободную руку, согнув в локте, в качестве опоры, опираясь ею на кровать позади ягодиц пациента.	Держите ноги врозь, колени согнуты.
7. Отдать команду одной из сестер.	Обеспечиваются синхронные действия.
8. На счет «три» выпрямлять колени и локоть, пока сестры не встанут прямо.	
9. Переместить пациента на стул, поддерживая его спину свободной рукой.	
10. Расположить удерживающую руку на подлокотник или сиденье стула.	Обеспечение безопасности пациента, правильной биомеханики тела сестры.
11. Опустить пациента на стул, сгибая колени и локоть.	Разговаривайте между собой, чтобы убедиться, что вы опускаете пациента на стул

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
	одновременно. Убедиться, что стул не наклоняется назад (одна из сестер может придерживать спинку стула).
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убедиться, что пациент сидит удобно и комфортно.	
2. Вымыть и высушить руки.	

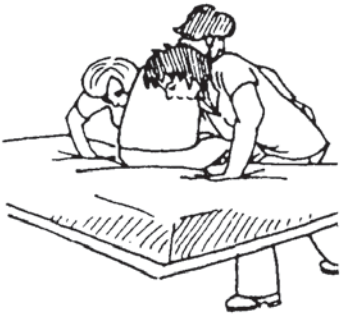


Рис. 16. 1-й этап перемещения методом «поднятие плечом»



Рис. 17. 2-й этап перемещения методом «поднятие плечом» (по команде «поднять пациента»)



Рис. 18. 3-й этап перемещения методом «поднятие плечом», перемещение пациента на стул

Удерживание пациента методом «захват при поднятом локте»

(выполняется одной медсестрой, пациент может помочь)

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного оказать помощь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры и получить его согласие.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	
3. Оценить окружающую обстановку, убедиться, что нет вспомогательных средств.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать сбоку от пациента, сидящего на стуле (низкой кровати), лицом к нему.	Соблюдаются требования по безопасности пациента и сестры.
2. Поставить одну ногу рядом со стулом, другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя своей ногой его колени.	Убедитесь, что вы выбрали лучший способ удерживания пациента и у вас есть возможность свободно перемещать вашу массу тела с одной ноги на другую, и вы стоите удобно.
3. Попросить пациента помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище.	Убедиться, что пациент уверен в ваших действиях и спокоен.
4. Наклониться слегка вперед через спину пациента и крепко охватить его за локти, как бы поддерживая их снизу.	Зафиксировать туловище пациента.
5. Расположить свое плечо так, чтобы дальнее от вас плечо пациента упиралось в вашу руку.	Зажмите в «замок» дальнее от вас плечо пациента. Это обеспечит надежную фиксацию туловища пациента при перемещении с целью его безопасности, не будет давления на голову и шею пациента.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению.	Пациент должен убедиться в своей безопасности, ощутить значимость своей помощи.
2. Переместить в нужное место.	
3. Вымыть и высушить руки.	



Рис. 19. Удерживание пациента методом «захватом при поднятом локте»

Удерживание пациента методом «подмышечный захват»

(выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного оказать содействие.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
3. Оценить окружающую обстановку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать сбоку лицом к сидящему пациенту.	
2. Поставить одну ногу рядом, а другую, слегка развернув стопу, — впереди ног пациента, фиксируя его колени.	Фиксация коленей обеспечит безопасность пациента, снизит риск падения.
3. Просунуть одну, дальнюю, кисть в подмышечные впадины пациента.	Дальнюю кисть — в направлении спереди назад, ладонью вверх, большой палец — вне подмышечной впадины. Просовывайте кисти как можно дальше.
4. Просунуть другую кисть — в направлении сзади и кпереди, ладонью вверх.	Большой палец находится снаружи, вне подмышечной впадины.
5. Убедиться, что у вас есть возможность свободно перемещать массу вашего тела с одной ноги на другую и вы стоите удобно.	
6. Попросить пациента помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище.	Убедиться, что пациент уверен в ваших действиях и спокоен.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Вымыть и высушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.



Рис. 20. Удерживание пациента методом «подмышечный захват»

Размещение пациента в положении Фаулера

(выполняется одной медсестрой)

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Показания: риск развития пролежней, необходимость физиологических отправлений в постели, вынужденное положение пациента.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить цель и ход размещения, получить согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение: подушки, валики из одеял, упор для ног.
3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати (если они есть).

Выполнение процедуры

1. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
2. Убедиться, что пациент лежит на спине посредине кровати, и убрать подушки.
3. Поднять изголовье кровати под углом 45–60° (90° — высокое фаулерово положение, 30° — низкое фаулерово положение) или подложить три подушки: человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.
4. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени пациента.
5. Положить под предплечье и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками).

> **Примечание:** предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

6. Подложить пациенту под поясницу подушку.
7. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
8. Подложить небольшую подушку пациента под пятки.
9. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо).

Окончание процедуры

1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.

2. Вымыть и высушить руки.

Размещение пациента в положении Симса

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Это положение является промежуточным между положением на животе и на боку: пациент может помочь лишь частично. Размещение выполняется двумя медицинскими сестрами.

Показания: вынужденное, пассивное положение, риск развития пролежней.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить цель и ход размещения, получить согласие.

2. Подготовить необходимое оснащение: 2 подушки, валик, упор для ног (мешочек с песком).

3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.

Выполнение процедуры

1. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.

2. Убедиться, что пациент лежит на спине посредине кровати, и убрать подушки.

3. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение.

4. Переместить пациента к краю кровати.

5. Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на живот.

6. Подложить подушку под голову пациента.

7. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.

8. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.

9. У подошвы стопы положить мешочек с песком.

Окончание процедуры

1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку.

2. Поднять поручни.

3. Вымыть и высушить руки.

Личная гигиена пациента

Студент должен знать:

- факторы риска образования пролежней;
- места возможного образования пролежней, стадии их образования;
- правила сборки и транспортировки грязного белья;
- возможные проблемы пациента: нарушение целостности кожных покровов: пролежни, риск образования пролежней у тяжелобольных;
- сестринское вмешательство.

Студент должен уметь:

- определить степень риска возникновения пролежней у каждого пациента;
- обработать кожу при наличии пролежней;
- обучить родственников тяжелобольного пациента элементам профилактики пролежней на дому.

Студент должен иметь навыки:

- создания пациенту в постели необходимого положения в зависимости от заболевания с помощью функциональной кровати и других различных приспособлений;
- приготовления постели пациенту;
- смены нательного и постельного белья;
- проведения мероприятий по профилактике пролежней;
- обработки естественных складок кожи и профилактики опрелостей;
- организации и оказания помощи пациенту при утреннем туалете;
- умывания пациента;
- ухода за пациентами: удаление выделений и протирание глаз, обработка слизистой, ротовой полости и губ, очищение наружных слуховых проходов;
- чистки зубов пациента;
- стрижки ногтей на руках и ногах;
- бритья лица пациента;

• подачи судна и мочеприемника (мужчине и женщине);
• мытья головы и ног;
• обтирания кожи с легким массажем спины;
• ухода за наружными половыми органами и промежностью.

Положение пациента в постели

При заболеваниях пациент принимает различные положения в постели.

Различают:

1) **активное положение** — пациент легко и свободно выполняет произвольные (активные) движения;

2) **пассивное положение** — пациент не может выполнять произвольные движения, сохраняет то положение, которое ему придали (например, при потере сознания, или ему запретил врач их выполнять, например, в первые часы после инфаркта);

3) **вынужденное положение** — пациент принимает сам с целью уменьшения (снижения уровня) боли и других патологических симптомов.

Положение пациента в постели не всегда совпадает с назначенным ему врачом двигательным режимом.

Режим активности (двигательный режим)

1. *Общий (свободный)* — пациент пребывает в отделении без ограничения двигательной активности в пределах стационара и территории больницы. Разрешается свободная ходьба по коридору, подъем по лестнице, прогулка по территории больницы.

2. *Палатный* — пациент много времени проводит в постели, разрешается свободная ходьба по палате. Все мероприятия по личной гигиене осуществляются в пределах палаты.

3. *Полупостельный* — пациент все время проводит в постели, может садиться на край постели или стул для

приема пищи, проведения утреннего туалета и может ходить в туалет в сопровождении медицинской сестры.

4. *Постельный* — пациент не покидает постели, может сидеть, поворачиваться. Все мероприятия по личной гигиене осуществляются в постели медицинским персоналом.

5. *Строгий постельный* — пациенту категорически запрещаются активные движения в постели, даже поворачиваться с боку на бок.

Пользование функциональной кроватью

Функциональная кровать представляет собой специальное устройство, состоящее из нескольких секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки управления. Головной и ножной концы кровати быстро переводятся в нужное положение.

Эти кровати могут иметь специальные вмонтированные приспособления: прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения индивидуального подкладного судна и мочеприемника.

Пользование функциональной кроватью осуществляется медицинской сестрой с целью обеспечения тяжелобольному удобного положения и двигательного режима.

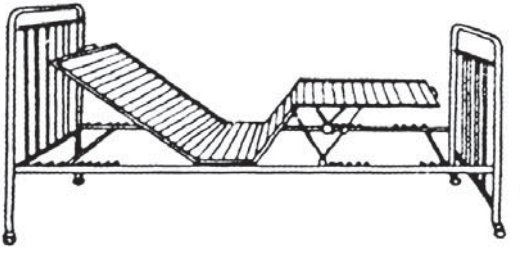


Рис. 21. Функциональная кровать

Смена постельного и нательного белья

Сменить постельное белье можно двумя способами.

Первый способ применяют в случае соблюдения пациентом постельного режима при условии разрешения поворачиваться в постели.

Второй способ применяют в случае соблюдения строгого постельного режима при условии запрещения пациенту выполнять активные движения в постели.

Осуществляя уход за пациентами, находящимися на строгом постельном режиме, при необходимости опорожнить кишечник и мочевой пузырь в постель подаются судно и мочеприемник, женщины при мочеиспускании чаще пользуются судном. Применяются металлические с эмалированным покрытием, пластмассовые или резиновые судна. При подаче судна соблюдаются правила инфекционной безопасности, обеспечиваются конфиденциальность во время мочеиспускания и дефекации, а также независимость пациента и соблюдается личная гигиена.

Смена постельного белья продольным способом (выполняется одной медицинской сестрой)

Цель: смена постельного белья пациентам, находящимся на постельном режиме.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка); перчатки; клеенчатый мешок для использованного постельного белья.

Обязательное условие: соблюдение инфекционной безопасности, правильной биомеханики тела пациента и медсестры при перемещении пациента в постели.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить согласие.

2. Приготовить комплект чистого белья: простыню свернуть по длине в рулон (при необходимости — свернуть подкладную клеенку и пеленку).

3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.

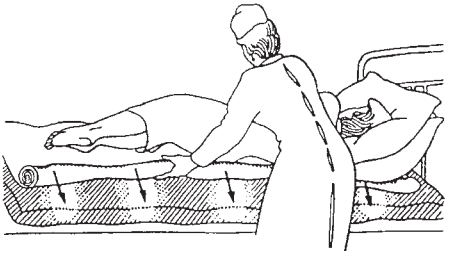


Рис. 22. Продольный способ смены постельного белья

4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента).

5. Убедиться, что в постели нет мелких вещей пациента (обнаружив их, убрать, оповестив об этом пациента).

> **Примечание:** при пользовании функциональной кроватью необходимо поднять кровать до необходимого уровня, обеспечивающего безопасность сестры при поднятии тяжестей.

Выполнение процедуры

Первый способ: пациент соблюдает постельный режим.

1. Стать со стороны кровати, опустить поручни.

2. Снять пододеяльник с одеяла, временно укрыть пациента чистым пододеяльником, одеяло сложить и повесить на спинку стула (убедитесь, что чистые постельные принадлежности, приготовленные вами, находятся рядом).

3. Обойти кровать, встать с противоположной стороны, освободить края простыни из-под матраца.

4. Повернуть пациента на бок по направлению к себе.

5. Поднять боковой поручень (пациент может удерживать себя в положении на боку, держась за поручень).

6. Вернуться на противоположную сторону кровати, освободить края простыни из-под матраца с этой стороны.

7. Приподнять голову пациента и поправить подушку.

> **Примечание:** если есть дренажные трубки — убедитесь, что они не перегнуты.

8. Скатать в рулон грязную простыню по направлению к спине пациента и подсунуть этот рулон ему под спину (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простынёю в рулон).

> **Примечание:** если кожа пациента сильно загрязнена (выделениями, кровью), провести влажное обтирание кожи.

9. Застелить край кровати чистой простыней, свернутой в рулон, раскатать рулон по длине к спине пациента и подсунуть его ему под спину.

10. Помочь пациенту «перекатиться» через эти простыни по направлению к вам, убедитесь, что он лежит комфортно и дренажные трубки не перекручены.

11. Поднять другой боковой поручень.

12. Вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень.

13. Убрать грязную простынь, свертывая ее в рулон, одновременно раскатывая чистую простыню.

14. Заправить чистую простыню под матрац в изголовье кровати, используя метод «скашивания угла», затем заправить верхнюю треть, нижнюю треть простыни, располагая руки ладонями вверх.

15. Убрать грязное белье в клеенчатый мешок.

16. Расправить чистую простыню (при необходимости клеенку с пеленкой, убедиться, что пеленка закрывает края клеенки).

17. Помочь пациенту повернуться на спину и лечь посередине постели.

18. Вдеть одеяло в чистый пододеяльник, которым был укрыт пациент.

> **Примечание:** положить одеяло поверх пододеяльника. Попросить пациента придерживать верхний край пододеяльника, вдеть в него и расправить одеяло так, чтобы оно одинаково свисало с обеих сторон кровати.

19. Заправить края одеяла под матрац.

20. Сменить наволочку обычным способом, убрав подушку из-под головы пациента.

21. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку.

22. Поднять боковой поручень кровати.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и осушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно.

Смена постельного белья поперечным способом (выполняется двумя медицинскими сестрами)

Цель: смена постельного белья пациентам, находящимся на строгом постельном режиме или в бессознательном состоянии.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простыни, пододеяльник, клеенка, пеленка); перчатки; клеенчатый мешок для использованного постельного белья.

Обязательное условие: соблюдение инфекционной безопасности, правильной биомеханики тела пациента и медсестры при перемещении пациента в постели.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход процедуры, получить согласие.

2. Приготовить комплект чистого белья: простынь свернуть по ширине в рулон (при необходимости свернуть подкладную клеенку и пеленку).

3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.

4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента).

> **Примечание:** при пользовании функциональной кроватью необходимо поднять кровать до необходимого уровня, обеспечивающего безопасность сестры при поднятии тяжестей.

Выполнение процедуры

1. Стать со стороны кровати, опустить поручни.

2. Снять пододеяльник с одеяла, временно укрыть пациента чистым пододеяльником, одеяло сложить и пове-

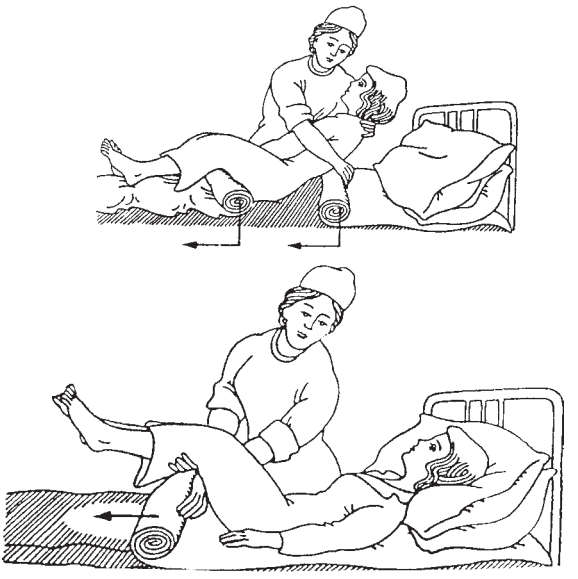


Рис. 23. Поперечный способ смены постельного белья

сить на спинку стула (убедитесь, что чистые постельные принадлежности, приготовленные вами, находятся рядом).

3. Обойти кровать, встать с противоположной стороны, освободить края простыни из-под матраца.

4. Поднять боковой поручень.

5. Вернуться на противоположную сторону кровати, освободить края простыни из-под матраца с этой стороны.

> **Примечание:** если есть дренажные трубки — убедитесь, что они не перегнуты.

6. Подвести руки одной медсестры, держа их ладонями вверх, под голову и плечи пациента, приподнять над постелью.

7. Другой медсестре скатать в рулон грязную простыню по направлению к пояснице пациента (если есть

клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простынею в рулон).

Примечание: если кожа пациента сильно загрязнена (выделениями, кровью), провести влажное обтирание кожи.

8. Одновременно застелить край кровати чистой простыней, свернутой в рулон, раскатать рулон по ширине к пояснице пациента.

9. Уложить пациента на кровать.

10. Подвести руки одной медсестры, держа их ладонями вверх, под таз и бедра пациента, приподнять их над постелью.

11. Другой медсестре раскатать рулон с чистой простыней, а грязную простыню одновременно скатать по направлению к ступням ног пациента (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простынею в рулон).

12. Опустить таз и бедра пациента на чистую, расправленную простыню, а грязную простыню убрать в клеенчатый мешок для грязного белья.

13. Вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень.

14. Заправить чистую простыню под матрац (при необходимости — клеенку с пеленкой, убедиться, что пеленка закрывает края клеенки).

15. Убедиться, что пациент лежит посередине постели.

16. Вдеть одеяло в чистый пододеяльник, которым был укрыт пациент.

Примечание: положить одеяло поверх пододеяльника. Одной медсестре придержать верхний край пододеяльника, другой — вдеть в него и расправить одеяло так, чтобы оно одинаково свисало с обеих сторон кровати.

17. Заправить края одеяла под матрац.

18. Сменить наволочку обычным способом, убрав подушку из-под головы пациента.

19. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку.

20. Поднять боковой поручень кровати.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно, в физиологическом положении.

Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (выполняется двумя медсестрами или одной медсестрой)

Смена рубашки

Цель: оказать помощь пациенту с поврежденной рукой.

Оснащение: чистая рубашка, брюки, нижнее белье, клеенчатый мешок для грязного белья.

Обязательное условие: обеспечивается инфекционная безопасность, соблюдается правильная биомеханика тела пациента и медицинских сестер.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход процедуры, получить согласие.

2. Приготовить чистую рубашку.

3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.

Выполнение процедуры

Одной медицинской сестре:

1. Поднять голову и плечи пациенту, помочь ему сесть (при необходимости — придержать его в положении сидя).

Другой медицинской сестре:

2. Скатать рубашку со спины и снять ее через голову (если пациент не может поднять руки).

3. Снять рукав рубашки со здоровой, затем — с больной руки.

4. Положить грязную рубашку в мешок для грязного белья.

5. Надеть чистую рубашку сначала на больную, затем— на здоровую руку.



Рис. 24. Смена нательного белья

6. Надеть рубашку на голову пациента, наклоняя ее вперед (лучше использовать рубашку-распашонку).

Смена нижнего белья (брюк)

1. Попросить пациента расстегнуть здоровой рукой пояс и молнию (пуговицы) на брюках (если пациент может это сделать самостоятельно) или расстегните сами.

2. Попросить пациента лежа на спине приподнять таз или предложите ему повернуться на бок.

3. Спустить брюки на свободной стороне.

4. Повернуть пациента на другой бок и спустить брюки с другой части тела и другого бедра.

5. Повернуть пациента на спину.

6. Помочь пациенту надеть брюки: повернуть пациента набок, надеть брюки на одно бедро и одну часть ягодицы, повернуть пациента на другой бок, надеть брюки на другое бедро и другую часть ягодицы.

7. Помочь пациенту удобно лечь на спину, убрать простыню.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно.

Подача судна

Оснащение: судно, 2 маркированные клеенки — «для суден» и «подкладная клеенка», пеленка, ширма, туалетная бумага, 2 пары перчаток, регламентированный дезинфицирующий раствор в емкостях, маркировка которых соответственно «дезинфекция перчаток», «дезинфекция клеенок», «дезинфекция суден».

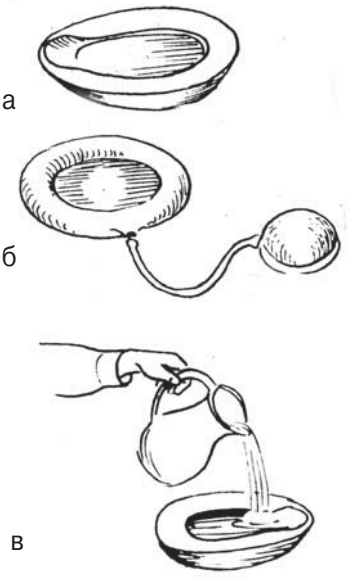


Рис. 25. Виды суден:
а — эмалированное судно; б — резиновое судно;
в — подготовка судна к подаче

Выполнение процедуры

1. По требованию пациента обеспечить удобное положение в постели.
2. Подстелить клеенку с пеленкой под таз пациента.
3. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем небольшое количество воды.
4. Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
5. Надеть перчатки.
6. Подставить судно под таз на клеенку (пеленку отодвинуть к промежности).
7. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.
8. Снять перчатки, сбросить в дезинфицирующий раствор.
9. Договориться с пациентом о способах связи.
10. Поправить постель, укрыть пациента одеялом.
11. Получить вызов от пациента.
12. Надеть перчатки.
13. Убрать судно, накрыть клеенкой, поставить в специально отведенное место (рядом с постелью).
14. Убрать клеенку с пеленкой, расправить постельное белье.
15. Уложить пациента в удобное положение, укрыть одеялом.
16. Вынести клеенки, судно, вылить содержимое судна в канализацию, ополоснуть, погрузить в дезинфицирующие растворы (в раздельные емкости).
17. Снять перчатки, сбросить в емкость для дезинфекции.
18. Вымыть руки пациенту, высушить.
19. Вымыть руки медицинской сестре, высушить.

Уход за кожей и влажное обтирание пациента

Цель: поддержание чистоты кожи, ее нормальное функционирование.

Оснащение: клеенка, пеленка, почкообразный лоток, теплая вода, 6% столовый уксус или спирт, большая салфетка или полотенце, сменное нательное и постельное белье, ножницы, перчатки.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Проводить ежедневно утренний и вечерний туалет.	Умывание, подмывание, мытье рук перед едой и после туалета.
2. Ежедневно мыть и протирать насухо места образования опрелостей.	К местам образования опрелостей относятся: подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами и на животе, у тучных людей и другие складки.
3. Принимать ванну или душ не реже 1 раза в неделю.	Если пациент неподвижен или есть противопоказания, необходимо провести влажное обтирание.
4. Подстелить под пациента клеенку с пеленкой для влажного обтирания.	
5. Налить в лоток теплую воду.	Можно добавить столовую ложку столового уксуса или спирта на 1 л воды.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обнажить верхнюю часть тела пациента.	
2. Смочить салфетку или часть полотенца, слегка отжав ее.	
3. Протереть пациента в следующей последовательности: лицо, шею, руки, спину, грудь.	
4. Вытереть сухим концом полотенца тело пациента в той же последовательности и прикрыть простыней.	
5. Обтереть таким же образом живот, бедра, ноги.	При необходимости подстричь ногти на руках и ногах.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Сменить нательное и постельное белье.	При загрязнении.
2. Убедиться, что пациент лежит комфортно.	
3. Провести дезинфекцию использованных предметов.	Согласно действующим приказам.

Подмывание тяжелобольного

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Оснащение: стерильные: лоток, корнцанг, салфетки, клеенка, пеленка, мыло,судно, кувшин или кружка Эсмарха с водой (температура воды 35–38 °С), перчатки.

Подмывание женщины

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные, конфиденциальные отношения.	Если пациентка самостоятельно может выполнить процедуру, предложить ей это сделать. Оставить ее наедине.
2. Подстелить клеенку и пеленку под таз пациентке, поставить судно под ее крестец на клеенку.	Укрыть женщину простыней так, чтобы один угол был на груди, другие – прикрывали туловище.
3. Помочь согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны.	
4. Встать справа от пациентки.	
5. Приготовить мыльный раствор.	Сделать стружку из куска хозяйственного мыла, взбить пену в воде.
6. Взять резиновую трубку от кружки Эсмарха или кувшин в левую руку, а корнцанг со смоченной в мыльном растворе марлевой салфеткой, в правую руку.	В домашних условиях можно сделать из махровой ткани «рукавичку» и использовать вместо корнцанга и марлевых салфеток.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обработать наружные половые органы и промежность в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область анального прохода.	Менять салфетки необходимо так же последовательно, как и обработку. Нельзя использовать грязную салфетку для повторной обработки. Использованные салфетки сбросить в лоток для дезинфекции.
2. Раздвинуть половые губы одной рукой и вымыть одну половую губу, сменить салфетки.	
3.Вымыть промежность в направлении от лобка к анальному отверстию.	
4. Ополоснуть промежность пациентки в той же последовательности, как и мытье.	Вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении, меняя салфетки.
5. Вымыть, ополоснуть и тщательно осушить промежность и область анального отверстия пациентки.	



Рис. 26. Подмывание мужчины (а, б) и женщины (в, г, д):
а) оттянуть крайнюю плоть; б) вымыть головку полового члена;
в) раздвинуть половые губы и вымыть одну половую губу, затем другую;
г) вымыть промежность в направлении от лобка к анусу;
д) ополоснуть промежность в той же последовательности

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать судно, клеенку, снять перчатки.	Для последующей дезинфекции.
2. Расправить постельное белье, укрыть пациентку.	Сменить белье при необходимости.
3. Вымыть, осушить руки.	

Подмывание мужчины

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Подготовка к процедуре такая же, как у женщины.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Взять одной рукой половой член, оттянуть крайнюю плоть.	Если мужчине не было сделано обрезание.
2. Вымыть головку полового члена круговыми движениями в направлении от мочеиспускательного канала к области лобка, осушить.	Менять салфетки так же, как при выполнении процедуры у женщины. Удобнее пользоваться ватными тампонами вместо салфеток.
3. Вернуть крайнюю плоть в естественное положение.	
4. Тщательно обработать, ополоснуть и высушить остальную часть полового члена, кожу мошонки, анального отверстия.	Область анального отверстия удобнее вымыть пациенту в положении на левом боку, с согнутыми в коленях ногами.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Окончание процедуры такое же, как у женщины.	

Профилактика пролежней

Пролежень — это глубокие поражения кожи и мягких тканей вплоть до их омертвения в результате длительного сдавливания. К предрасполагающим факторам относятся нарушения местного кровообращения, иннервации и питания тканей. Пролежни могут образовываться везде, где есть костные выступы. При положении пациента на спине это — крестец, пятки, лопатки, иногда затылок и локти. При положении сидя это — седалищные бугры, стопы ног,

лопатки. При положении лежа на животе это — ребра, коленки, пальцы ног с тыльной стороны, гребни подвздошных костей.

Установлены три основных фактора, приводящих к образованию пролежней: давление, «срезывающая» сила и трение.

Давление — под действием собственного веса тела происходит сдавление тканей относительно поверхности, на которую опирается человек. При сдавлении тканей

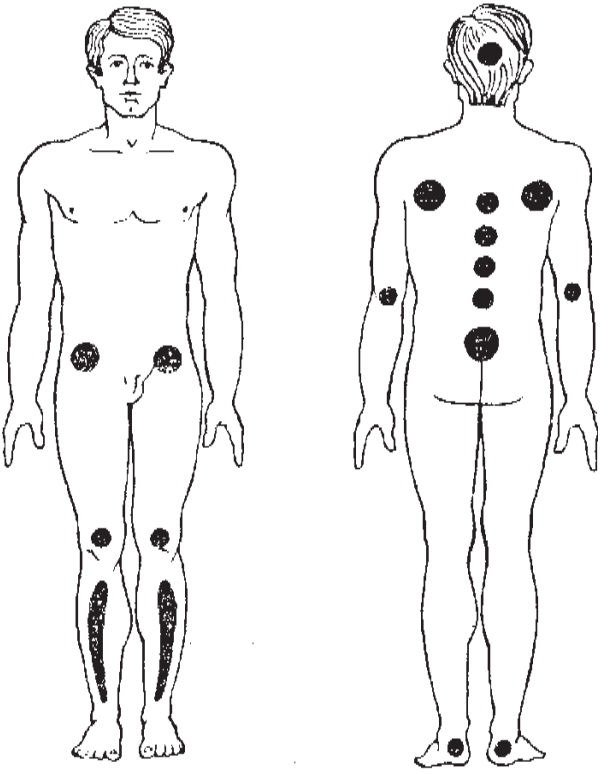


Рис. 27. Места наиболее частого образования пролежней

диаметр сосудов уменьшается, в результате ишемии наступает голодание тканей. При полном сдавлении в течение двух часов образуется некроз. Сдавление уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок, одежды.

«Срезывающая сила» — разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается смещением тканей относительно опорной поверхности. Микроциркуляция в нижележащих тканях нарушается, а ткань погибает от кислородной недостаточности. Смещение происходит, когда пациент «съезжает» по постели вниз или подтягивается к ее изголовью.

Трение — является компонентом «срезывающей» силы, оно вызывает отслойку рогового слоя кожи и приводит к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены такому воздействию пациенты с недержанием мочи, усиленным потоотделением, во влажном и не впитывающем влагу нательном белье, а также располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях.

Признаками пролежней является появление бледного участка кожи, затем синюшно-красного цвета без четких границ, затем слущивается эпидермис, образуются пузыри. Далее происходит некроз тканей, распространяющийся в глубь тканей и в стороны. Лечение проводится в соответствии со степенью поражения тканей.

Степень I — ограничена эпидермальными и кожными слоями. Кожный покров не нарушен. Наблюдается устойчивая гиперемия с синюшно-красными пятнами, не проходящая после прекращения давления. Лечение консервативное.

Степень II — неглубокие поверхностные нарушения целостности кожных покровов, распространяющиеся на подкожный жировой слой. Сохраняется стойкая гиперемия с синюшно-красными пятнами. Происходит отслойка эпидермиса. Лечение консервативное.

Степень III — полное разрушение кожного покрова во всю его толщину до мышечного слоя с проникновением в саму мышцу.

Степень IV — поражение всех мягких тканей. Образование полости с повреждением в ней нижележащих тканей (сухожилия, вплоть до кости).

Третья и четвертая степени пролежней лечатся у врача-хирурга.

Уход и профилактика пролежней

Цель: предупреждение образования пролежней.

Оснащение: стерильные: лоток, салфетки, ватные тампоны, пинцеты; стеклянная банка для 10% раствора камфорного спирта или 40% раствора этилового спирта; нательное и постельное белье, поролоновые круги в наволочке, поролоновые ватно-марлевые кольца.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
1. Организовать постель, матрац, вспомогательные средства, питание, питье.	Учитывать не только физиологические, но и социальные, психоэмоциональные потребности пациента.
2. Проводить текущую оценку состояния кожных покровов не менее 1 раза в день (утром).	
3. Изменять положение пациента каждые два часа, приподнимая его над постелью, укладывая поочередно на правый или левый бок, живот.	Виды положения и их чередование зависят от заболевания и состояния пациента и определяются врачом.
4. Осматривать ежедневно кожу в местах возможного образования пролежней: крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренних поверхностей коленных суставов.	При обнаружении побледневших и покрасневших участков кожи необходимо вызвать врача и немедленно начать профилактические и лечебные мероприятия.
5. Ежедневно обмывать места возможного образования пролежней 2 раза в сутки (утром и вечером) теплой водой с нейтральным мылом: – вытирать насухо полотенцем; – обработать салфеткой, смоченной в теплом камфорном спирте или этиловом спирте (40%); – нанести защитный крем;	Делать промокательные движения, вытирая полотенцем насухо.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
– растирать мягкие ткани в местах возможного образования пролежней приемами массажа.	Не делать массаж в области выступающих костных участков.
6. Стряхивать крошки с простыни после кормления.	
7. Устранять неровности, устранять складки на постельном и нательном белье.	Это необходимо делать каждые 2 часа.
8. Определять количество и качество употребляемой пищи.	В пище должно содержаться не менее 120 граммов белка.
9. Обеспечить адекватное употребление жидкости в сутки, не менее 1,5 л.	С 9. 00 – 13. 00 – 700 мл жидкости; С 13. 00 – 18. 00 – 500 мл; С 18.00 – 22. 00 – 300 мл.
10. Использовать поролоновый круг в наволочке под крестец пациента и поролоновые круги под локти и пятки пациента, противопролежневый матрац.	Они исключают давление на кожу
11. Поощрять пациента изменять положение в постели с помощью перекладин и других приспособлений.	
12. При недержании мочи: менять памперсы каждые 4 часа.	Для мужчин — используйте мочеприемники.
13. При недержании кала: менять памперсы немедленно с последующим подмыванием.	См. выше «Подмывание пациента».
14. Поощрять активность пациента, если он может ходить.	
15. Использовать перчатки при выполнении любых процедур.	Это обеспечит инфекционную безопасность.



Рис. 28. Профилактика пролежней

Уход за полостью рта

Цель: предупреждение развития воспалительных и гнилостных процессов в полости рта.

Оснащение: стерильно: лотки, 2 пинцета, салфетки, 2 шпателя, грушевидный баллончик или шприц Жане, мензурка; вазелин, флакон с антисептическим раствором (раствор фурациллина 1:5000), 1% раствор бриллиантовой зелени; полотенце, стакан с водой, лоток для использованного материала, емкость с дезинфицирующим раствором.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Если пациент в сознании, но беспомощен: 1. Рекомендуется регулярно, не реже двух раз в день, чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи.	Пациент должен проявлять активное участие в процедуре.
2. Налить в мензурку антисептический раствор.	Тяжелобольным следует 2 раза в день обрабатывать полость рта и зубы антисептическим раствором.
3. Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, полотенцем, под подбородок поставить лоток.	Голова повернута к медицинской сестре. Попросить пациента придерживать лоток.
4. Попросить пациента сомкнуть зубы.	Снять зубные протезы, если они есть.
5.Отодвинуть шпателем щеку пациента и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать с наружной стороны каждый зуб, начиная обработку от десны.	Обработку начинают от коренных зубов к резцам, слева, затем справа в той же последовательности, меняя марлевые шарики.
6. Попросить пациента открыть рот.	
7. Обработать каждый зуб от десны с внутренней стороны, начиная от коренных зубов к резцам.	Обрабатывают в той же последовательности, меняя марлевые шарики.
8. Сменить марлевый шарик, смочить в антисептическом растворе.	
9. Обработать язык тяжелобольного: – взять левой рукой стерильной марлевой салфеткой кончик языка и вытянуть его изо рта; – обернуть стерильный шпатель стерильной салфеткой, смочить в антисептическом растворе; – снять этим шпателем налет с языка в направлении от корня языка к кончику.	Можно очистить язык с помощью зубной щетки (см. рис. 29).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
10. Оросить рот пациента или помочь прополоскать рот.	
11. Взять стерильный пинцет с салфеткой.	
12. Обработать небо, внутренние поверхности щек, десны, область под языком.	Менять салфетку необходимо каждый раз, как только она покроется слизью или липкой слюной.
13. Сбросить пинцет в лоток.	Лоток для использованного материала.
14. Помочь пациенту прополоскать рот или провести орошение с помощью грушевидного баллончика: оттянуть шпателем угол рта и поочередно промыть левое, а затем – правое защечное пространство струей раствора под умеренным давлением.	Держать лоток у подбородка тяжелобольного, при необходимости вытереть подбородок насухо.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином.	При наличии трещин обработать 1% раствором бриллиантовой зелени.
2. Почистить зубные протезы, если они есть, помочь пациенту вновь надеть их.	Зубные протезы почистить зубной щеткой и пастой, держа их над раковиной. Можно хранить зубные протезы в стакане с водой при полном погружении.
3. Продезинфицировать инструменты и марлевые салфетки снять перчатки и положить в емкость для дезинфекции.	Дезинфекция проводится согласно действующим приказам.



Рис. 29. Очищение языка

Уход за полостью рта пациента, находящегося в бессознательном состоянии

Цель: профилактика стоматита, кариеса, пародонтита.

Оснащение: стерильные — лоток, 2 шпателя, салфетки, роторасширитель; стакан с раствором для полоскания, два полотенца, перчатки — 2 пары, лейкопластырь, ножницы, чистый лоток, зубная щетка, вазелин или крем для губ, чашка, бумажная салфетка, емкость для дезинфекции перчаток.

Подготовка к процедуре

1. Вымыть и высушить руки.
2. Налить в чашку антисептический раствор для обработки полости рта.
3. Намотать на шпатель салфетку и закрепить ее лейкопластырем.
4. Сесть напротив пациента, повернуть его голову к себе так, чтобы лицо находилось на краю подушки.
5. Поднять голову пациента и расстелить полотенце под ней.
6. Накрыть грудь пациента и шею другим полотенцем, подставить лоток под подбородок.
7. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

1. Бережно открыть рот пациента, убедиться, что нет протезов.
2. Ввести между верхними и нижними зубами первый и третий пальцы одной руки.
3. Нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы, раскрывая рот пациента шире, поставить между зубами шпатель или роторасширитель.

> **Примечание:** не допустить повреждения зубов при открывании рта. Обеспечить возможность проведения процедуры.

4. Намотать на указательный палец салфетку, придерживая ее большим пальцем, надежно зафиксировать ее и смочить в антисептическом растворе.



Рис. 30. Уход за полостью рта в бессознательном состоянии

5. Обработать салфеткой, зафиксированной на указательном пальце, нёбо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык и пространство под языком, затем губы.

> **Примечание:** менять салфетки по мере их загрязнения слизью, налетом, липкой слюной. Сбрасывать использованные салфетки в дезинфицирующий раствор. Можно использовать мягкую щетку (без пасты!) для чистки зубов.

6. Нанести на губы вазелин или другой крем для губ.

Окончание процедуры

1. Убрать использованные предметы.
2. Снять перчатки и сбросить их в дезинфицирующий раствор.
3. Уложить пациента в удобное положение.
4. Вымыть руки, высушить.

Уход за вставными зубными протезами

Цель: предупреждение воспаления десен и слизистой оболочки полости рта при пользовании зубными протезами.

Оснащение: такое же, как при уходе за полостью рта, и специальное: салфетки для снятия протеза, большая салфетка, чашка для протезов, зубная щетка, паста, почкообразный лоток, бумажная салфетка, емкость для дезинфекции перчаток.

Обязательное условие: процедура проводится при каждом уходе за полостью рта.

Подготовка к процедуре

Попросить пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку.

> **Примечание:** если пациент не может самостоятельно снять протезы, то необходимо взять салфетку и большим и указательным пальцами крепко взяться за зубной протез, колебательными движениями осторожно снять протезы и положить их в чашку (см. рис. 31).

Выполнение процедуры

1. Поднести к раковине чашку с зубными протезами, зубную щетку, пасту, большую салфетку, полотенце.
2. Положить большую салфетку на дно раковины.
3. Открыть водопроводный кран, пользуясь бумажной салфеткой.
4. Смочить зубную щетку прохладной водой, нанести на нее зубную пасту, тщательно почистить зубные протезы щеткой, держа их в руках над раковиной, направляя щетку от себя.
5. Провести полоскание зубных протезов под проточной водой.



Рис. 31. Уход за вставными протезами, снятие протезов с помощью салфетки

6. Ополоснуть чашку для зубных протезов.
7. Положить протезы в чашку.

Примечание: в ночное время протезы находятся в чашке.

Окончание процедуры

1. Закрыть водопроводный кран, пользуясь бумажной салфеткой.
2. Помочь пациенту надеть зубные протезы.

Примечание: если пациент предпочитает не надевать их в настоящий момент – оставить протезы в чашке и налить в нее столько воды, чтобы она полностью покрыла протезы.

3. Снять перчатки, сбросить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

Уход за глазами

Показания: тяжелое состояние пациента.

Оснащение (стерильно): лоток, пинцет, марлевые шарики, ундинки, баночки определенной формы для промывания глаз, раствор фурацилина 1:2000, вазелиновое масло, мензурки, физиологический раствор, пипетки, перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	
2. Объяснить пациенту цель процедуры, получить его согласие (или его родственников), объяснить последовательность действий.	
3. Осмотреть глаза, оценить состояние.	
4. Вымыть руки, надеть перчатки.	Соблюдение инфекционной безопасности.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
5. Приготовить оснащение.	Для обеспечения четкости в работе.
6. Налить в одну мензурку стерильное вазелиновое масло, в другую — раствор фурацилина.	Соблюдается асептика.
7. Смочить шарик с помощью пинцета в вазелиновом масле, слегка отжав его о стенки мензурки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Взять шарик в правую руку и протереть одно веко по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.	Обеспечивается размягчение и отслойка гнойных корочек.
2. Протереть веко сухим шариком в том же направлении.	Обеспечивается удаление отслоившихся корочек.
3. Смочить шарик в растворе фурацилина таким же образом и повторить протирание в том же направлении.	Обеспечивается обработка глаз антисептическими средствами.
4. Повторить протирание 4–5 раз разными шариками.	Соблюдается инфекционная безопасность.
5. При наличии гноевидных выделений в углах глаз: а) промыть конъюнктивальную полость физиологическим раствором, раздвигая веки указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой провести орошение конъюнктивального мешка с помощью пипетки; б) протереть веко сухим шариком в том же направлении; в) обработать второй глаз таким же способом.	Обеспечивается обработка конъюнктивальной полости.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить отработанные шарики, пинцет, мензурки, пипетки в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
3. Вымыть руки, осушить.	

Уход за носом

У тяжелобольного на слизистой оболочке носа скапливается большое количество слизи и пыли, что затрудняет дыхание и отягощает состояние пациента. Ослабленные пациенты не могут освобождать носовые ходы самостоятельно, медицинская сестра должна ежедневно удалять образовавшиеся корочки.

Цель: предупреждение нарушения носового дыхания.

Показания: тяжелое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.

Оснащение (стерильно): лоток, мензурка, пинцет, вазелиновое масло, ватные турунды, перчатки; лоток, емкости с дезинфицирующим раствором.

Обязательное условие: нельзя использовать острые предметы ухода.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	Обеспечение осознанного участия в совместной работе.
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие,	Соблюдение права пациента на информацию, осознанного

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
объяснить последовательность действий.	участия в совместной работе.
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	Соблюдение личной гигиены медицинской сестры.
4. Налить в мензурку стерильное вазелиновое масло.	Для размягчения корочек в носовых ходах.
5. Взять турунду пинцетом, смочить в вазелиновом масле, слегка отжать.	Соблюдается инфекционная безопасность.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Переложить турунду в правую руку и ввести вращательными движениями в носовой ход на 1–3 минуты, приподнимая кончик носа пациента левой рукой.	Обеспечивается размягчение корочек в носовых ходах.
2. Извлечь турунду вращательными движениями из носового хода.	Обеспечивается удаление корочек из носовых ходов.
3. Обработать другой носовой ход таким же способом.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить отработанные турунды, пинцет, мензурку в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Снять перчатки, продезинфицировать.	
3. Вымыть руки, осушить.	Соблюдение личной гигиены.

Уход за ушами

В наружном слуховом проходе выделяется желтовато-коричневая масса — сера, скопления которой могут образовать серные пробки и послужить причиной снижения

слуха. Уход за здоровыми ушами выражается в регулярном мытье их теплой водой с мылом. Ни в коем случае не следует чистить наружный слуховой проход острыми предметами. Так можно повредить барабанную перепонку или стенку слухового прохода. Если образовалась серная пробка, ее удаляют.

Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.

Показания: тяжелое состояние пациента, находящегося на постельном режиме.

Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.

Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, мензурка, ватные турунды, перчатки; 3% раствор перекиси водорода, лоток, емкости с дезинфицирующими растворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий.	
3. Вымыть руки, осушить.	Достигается гигиенический уровень мытья рук.
4. Налить в стерильную мензурку 3%-ный раствор перекиси водорода.	
5. Приготовить емкость с мыльным раствором.	
6. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Смочить салфетку в мыльном растворе и протереть уш-	Обеспечивается гигиена ушной раковины.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
ную раковину, высушить сухой салфеткой.	
2. Взять пинцетом ватную турунду и смочить в 3%-ном растворе перекиси водорода.	Обеспечивается размягчение серы в слуховом проходе.
3. Переложить турунду в правую руку.	
4. Оттянуть левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход.	Обеспечивается доступ в наружный слуховой проход.
5. Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см на 2–3 минуты.	Является условием процедуры.
6. Извлечь турунду вращательными движениями из наружного слухового прохода.	Обеспечивается удаление выделений и серы из слухового прохода.
7. Обработать другой слуховой проход таким же способом.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить отработанные турунды, пинцет, мензурку в емкость с дезинфицирующим раствором.	
2. Снять перчатки, продезинфицировать.	
3. Вымыть руки, осушить.	

Уход за волосами

Пациенты, находящиеся длительное время в постели, нуждаются в постоянном уходе за волосами. Мужчин стригут коротко и раз в неделю моют им голову во время гигиенической ванны. Тем пациентам, которым ванны запрещены, можно вымыть голову в постели. Гораздо

сложнее следить за чистотой головы у женщин, имеющих длинные волосы.

Волосы следует расчесывать ежедневно, чтобы удалить пыль и перхоть. Для этого берут частый гребень. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на пряди и медленно расчесывают с концов к корням, стараясь не выдергивать их. Гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и пыль. Мытье головы, стрижка ногтей проводятся один раз в 7 дней.

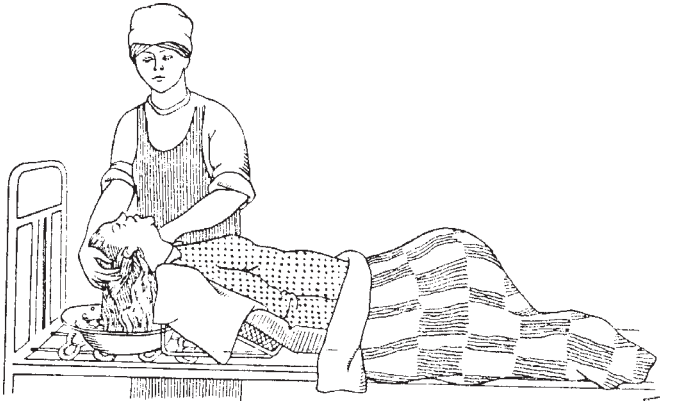


Рис. 32. Мытье головы тяжелобольного в постели

Мытье ног в постели тяжелобольному

Оснащение: клеенка, таз с теплой водой, индивидуальные мыло, губка, полотенце, ножницы, перчатки.

1. Установить доброжелательные конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Вымыть руки, осушить.
3. Надеть перчатки.
4. Закатать валиком матрац под колени пациента.

5. Подстелить клеенку, поставить таз с теплой водой на сетку.

6. Вымыть в тазу ноги пациенту с помощью индивидуальной губки и мыла.

7. Вытереть ноги индивидуальным полотенцем для ног.

8. Подстричь ногти.

9. Сменить нательное и постельное белье (1 раз в 7–10 дней и при необходимости).

10. Продезинфицировать ножницы.

11. Убрать все предметы для мытья ног.

12. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

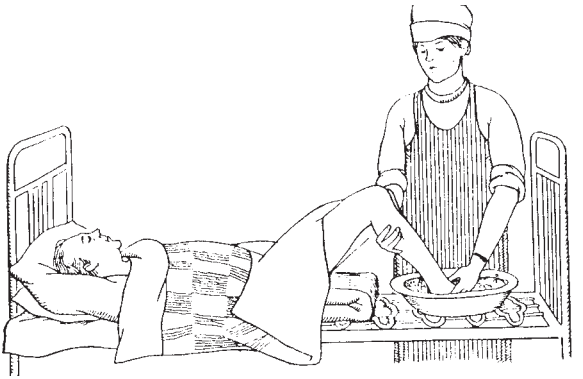


Рис. 33. Мытье ног тяжелобольного в постели

Питание и кормление пациента

Студент должен знать:

• основы рационального питания;

• основные принципы лечебного питания;

• характеристику основных лечебных столов;

• организацию пациентов в стационаре;

• виды искусственного питания, показания к его применению, основные питательные растворы;

• возможные проблемы пациента, например: нарушение целостности зубов и их наличие;

• сестринское вмешательство.

Студент должен уметь:

• провести беседу с пациентом и его родственниками о сути назначенной диеты;

• осуществить искусственное питание пациента (на фантоме).

Студент должен иметь навыки:

• кормления тяжелобольного из ложки и поильника;

• ввести тяжелобольному питательную смесь через гастростому;

• ввести тяжелобольному питательную смесь через прямую кишку;

• постановки тяжелобольному капельной питательной клизмы;

• сотавление порционного требования на пищеблок и раздаточную.

Режим питания

Режим питания предусматривает:

1. Определенное число приемов пищи в течение дня.

2. Определенную длительность промежутков между приемами пищи.

3. Время приемов пищи.

4. Количественное и качественное распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи.

Оптимальный промежуток между приемами пищи равен 4 часам. Ночной перерыв должен составлять 10–11 часов, за 2 часа до сна пищу принимать не рекомендуется. При пятикратном питании организуется второй завтрак, при шестикратном — полдник (см. Приложение № 6).

Организация питания

Различают групповое питание по назначенной диете и индивидуальное.

Индивидуальная диета назначается, если у пациента отсутствует аппетит или имеется аллергия на какие-либо продукты, а также имеется истощение, сопутствующее основному заболеванию. При этом из стандартного стола исключают одни, а вводят другие блюда. Иногда необходимо ежедневно составлять меню на следующий день, учитывая вкусы пациента и медицинские показания, например, послеоперационный период.

Искусственное питание

Когда естественным путем питание невозможно, пищу вводят в желудок или кишечник через зонд или стому посредством клизмы. Когда и такое введение невозможно, тогда вводят питательные вещества и воду в прямую кишку или парентерально.

При искусственном питании суточная калорийность пищи составляет около 2000 калорий, соотношение белков — жиров — углеводов: 1:1:4.

Воду пациент получает в виде водно-солевых растворов, в среднем — 2 литра в сутки.

Витамины добавляют к пищевым смесям или вводят парентерально. Через зонд или фистулу можно вводить только жидкую пищу: молоко, бульон, сливки, сырые яйца, растопленное масло, слизистый или протертый овощной

суп, жидкий кисель, фруктовые соки, чай, кофе.

Рецепты питательных смесей:

1. Жидкая питательная смесь: 2000–2500 мл воды, 250 г сухого молока, 200 г сахара, 4–6 г соли.

2. Смесь Спасокукоцкого: 400 мл теплого молока, 2 сырых яйца, 50 г сахара, 40 мл спирта, немного соли.

Водно-солевые растворы: концентрация солей в них такая же, как в плазме крови человека.

1. Простейший водно-солевой раствор 0,85%-ного изотонического натрия хлорида.

2. Раствор Рингера-Локка: NaCl — 9 г, KCl — 0,2 г, $CaCl_2$ — 0,2 г, H_2CO_3 — 0,2 г, глюкоза — 1 г, H_2O — 1000 л.

Кормление пациента через назогастральный зонд

Цель: введение зонда и кормление пациента.

Показания: травма, повреждение и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройство глотания и речи (бульбуный паралич), бессознательное состояние, отказ от пищи при психических заболеваниях, нерубцующаяся язва желудка.

Противопоказания: язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Оснащение (стерильно): зонд 8–10 мл в диаметре, воронка 200 мл или шприц Жане, глицерин, салфетки, раствор фурацилина 1:2000, зажим, фонендоскоп, 3–4 стакана теплой пищи.

На зонде делают метку: вход в пищевод 30–35 см, в желудок 40–45 см, 12-перстную кишку 50–55 см. Пациент садится, если нет противопоказаний.

Ход зондирования: осмотр носовых ходов, зонд смазывают вазелином и вводят.

Если пациент находится без сознания: положение лежа, голову поворачивают набок. Зонд оставляют на весь период искусственного питания, но не более 2–3 недель. Проводят профилактику пролежней слизистой.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или с его родственниками).	Обеспечение осознанного участия в совместной работе.
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий.	Соблюдение права пациента на информацию, осознанного участия в совместной работе.
3. Вымыть руки, осушить.	Соблюдается личная гигиена медицинской сестры.
4. Определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка (или другим способом, например, рост в см — 100), поставить метку.	Необходимое условие для введения зонда в желудок.
5. Налить в лоток раствор фурацилина 1:2000 и погрузить в него зонд до отметки.	Смачивание зонда облегчает введение его в желудок.
6. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку.	Условия, обеспечивающие свободное прохождение зонда в области носоглотки.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15–18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки.	Обеспечивается свободное продвижение зонда в желудок.
3. Набрать в шприц Жане воздух 30–40 мл и присоединить его к зонду.	
4. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа.	Выслушиваются характерные звуки, свидетельствующие о нахождении зонда в желудке.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
5. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток.	Предупреждается вытекание содержимого желудка.
6. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента.	Обеспечивается фиксация зонда.
7. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка.	Воздух выходит из желудка.
8. Наклонить слегка воронку и налить в нее подготовленную пищу, подогреть на водяной бане до 38 – 40 °С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки.	Предупреждение попадания воздуха в желудок.
9. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок.	Предупреждать вытекание содержимого желудка в воронку.
10. Промыть зонд чаем или кипяченой водой после кормления.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку и обернуть конец зонда стерильной салфеткой, зафиксировать.	
2. Поместить конец зонда с зажимом в лоток или зафиксировать петлей бинта на шее пациента до следующего кормления.	
3. Снять перчатки, продезинфицировать.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Вымыть руки, осушить.	



Рис. 34. Кормление тяжелобольных

Составление порционного требования на пищеблок

Порционное требование на пищеблок составляется старшей медсестрой отделения, которая суммирует порционные требования палатных медсестер и составляет порционник по форме № 1-84.

Образец

Наименование учреждения _____

ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ

на питание больных терапевтического отделения на _____

дата: число, месяц, год

Сведения о наличии больных

по состоянию на 12-00 час. _____

число, месяц, год

Наименование палат	Кол-во пациентов	В том числе по диетам					
		15	*1*	*7а*	*5*	*9*	*10*
7	2		1	1			
8	6	3			2	1	
9	4	2					2
10	7	5					2
Всего	19	10	1	1	2	1	4

Старшая м/с _____ /Роспись/
Зав. отделением _____ /Роспись/
Дата составления порционника _____
Палатная м/с _____ /Роспись/

Составление порционного требования на раздаточную

Цель: Организация питания строго по назначению врача.

Палатная медсестра ежедневно утром составляет список пациентов, находящихся на стационарном лечении, где отмечают номер палаты, Ф.И.О. пациента, номер диетического стола, назначенного врачом.

Порционное требование составляется в двух экземплярах: на раздаточную и старшей медсестре.

Образец

Наименование отделения _____

ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ

на раздаточную на _____

дата: число, месяц, год

Палата № 7
1. ФИО – диета № 1
2. ФИО – диета № 7а

Палата № 9
1. ФИО – диета № 10
2. ФИО – диета № 10
3. ФИО – диета № 15
4. ФИО – диета № 15

Палата № 8
1. ФИО – диета № 5
2. ФИО – диета № 5
3. ФИО – диета № 9
4. ФИО – диета № 15
5. ФИО – диета № 15
6. ФИО – диета № 15

Палата № 10
1. ФИО – диета № 10
2. ФИО – диета № 10
3. ФИО – диета № 15
4. ФИО – диета № 15
5. ФИО – диета № 15
6. ФИО – диета № 15
7. ФИО – диета № 15

Всего: 19 человек

Палатная м/с _____ /Роспись/

Раздача пищи

1. Раздачу пищи осуществляют буфетчица (раздатчица) и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования.

2. Кормление тяжелобольных осуществляет медсестра у постели пациента.

3. Пациенты, находящиеся на общем режиме, принимают пищу в столовой.

4. Пациентам, находящимся на палатном режиме, буфетчица и палатная медсестра доставляют пищу в палату на специальных столиках.

5. Перед раздачей пищи медсестра и буфетчица должны надеть халаты, маркированные «для раздачи пищи», вымыть руки.

6. Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.

7. Категорически запрещается оставлять остатки пищи и грязную посуду у постели пациента.

Контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников, сроком хранения пищевых продуктов

Цель: соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, профилактика внутрибольничных инфекций, пищевых отравлений.

В тумбочках разрешается хранить мыло, зубную пасту, зубную щетку в футляре, расческу в футляре или в целлофановом кульке, журналы, газеты. Конфеты, варенье, печенье хранят на другой полке тумбочки.

Фрукты и скоропортящиеся продукты хранятся в холодильнике. Кислые, молочные продукты хранятся в холодильнике не более 2 суток.

Нельзя хранить в холодильнике консервированные мясные, рыбные продукты.

Палатная медсестра обязана:

1. Осуществлять ежедневный контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников и их содержимым.
2. Осуществлять ежедневный контроль за дезинфекцией тумбочек, которая должна проводиться ежедневно утром и вечером 1% раствором хлорамина.
3. Производить размораживание холодильника 1 раз в неделю (по графику) с последующей дезинфекцией 1% раствором хлорамина.
4. Уметь планировать необходимую помощь пациенту.

Планирование необходимой помощи пациенту при возникновении проблем, связанных с кормлением

1. Провести первичную оценку реакций пациента при кормлении (в том числе и искусственном).
2. Оказать психологическую поддержку пациенту методами разъяснения, убеждения, бесед таким образом, чтобы пациент смог сохранить свое достоинство.

3. Помочь пациенту справиться со своими чувствами, дать возможность высказать свои чувства, эмоции по поводу кормления.

4. Убедиться в наличии информационного согласия на кормление пациента.

5. Организовать кормление, подготовить все необходимое.

6. Оказывать помощь во время приема пищи.

7. Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при кормлении.

8. Организовать обучение пациента и его родственников, если это необходимо, предоставить информацию о правилах питания, кормления.

9. Оценивать реакции пациента на кормление.

10. Установить наблюдение за пациентом после кормления.

Помощь во время приема пищи

1. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

2. Проверить температуру горячих напитков, капнув несколько капель себе на тыльную сторону руки.

3. Лучше пить напитки через трубочку.

5. Пить жидкость, когда нет во рту твердой пищи.

Кормление тяжелобольных

Показания: постельный режим, тяжелое состояние пациента.

1. Закончить все лечебные процедуры, уборку палат, проветривание помещений.

2. Вымыть свои руки и руки пациента (или протереть влажным полотенцем), осушить.

3. Покрыть грудь или шею пациента салфеткой или полотенцем.

4. Поставить на тумбочку или прикроватный столик теплую еду (ставить тарелку с пищей на грудь пациенту нельзя).

5. Придать пациенту удобное положение (если это возможно) – сидячее или полусидячее.

6. Поднять левой рукой голову пациента вместе с подушкой (если сидячее положение невозможно), а правой рукой поднести ложку или поильник с пищей ко рту.

7. Накормить пациента.

8. Протереть смоченным водой (влажным) полотенцем губы и подбородок пациенту, вытереть сухим концом полотенца.

9. Убрать посуду, стряхнуть крошки с постели, уложить пациента в удобное положение.

10. Вымыть и осушить руки.

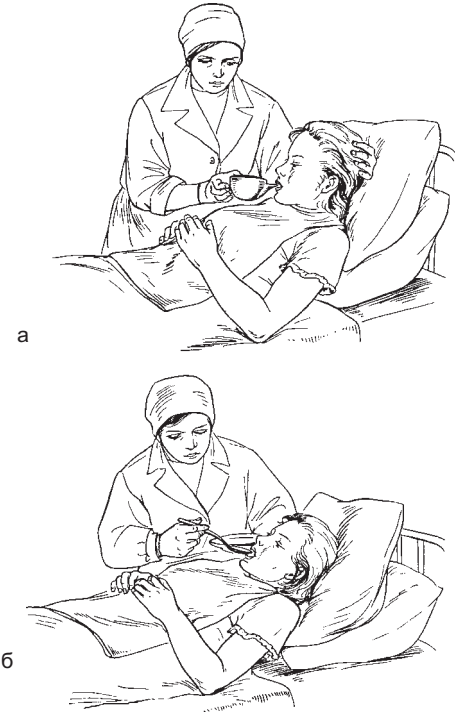


Рис. 35. Кормление тяжелобольных:
а — из поильника; б — из ложки

Кормление пациента через гастростому

Для спасения жизни пациента с непроходимостью пищевода, возникшей вследствие рубцового сужения, опухолей, ожогов или ранений на желудок накладывается свищ — гастростома, через который по введенной трубке производится питание пациента.

Цель: обеспечить рациональное питание.

Показания: непроходимость пищевода вследствие ожогов и ранений, опухоли пищевода, желудка.

Оснащение: стерильная стеклянная воронка, стерильные салфетки, зажим, емкости с теплой пищей, высококалорийной, полужидкой и твердой консистенции.

Обязательное условие: после каждого кормления необходимо проводить туалет в области стомы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить ход проведения кормления через гастростому, получить согласие	
2. Придать пациенту полусидячее положение (высокое Фаулерово положение).	Для обеспечения активного участия пациента в кормлении.
3. Приготовить посуду с теплой пищей, полужидкой и твердой консистенции.	Предусматривается пережевывание пищи пациентом.
4. Вымыть руки, надеть перчатки	Обеспечивается безопасность персонала.
5. Снять с резиновой трубки салфетку, закрывающую входное отверстие, затем снять зажим.	Обеспечивается свободный вход в желудок.
6. Вставить в отверстие резиновой трубки стеклянную воронку.	Обеспечивается возможность введения пищи в желудок.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поднять воронку вверх, слегка наклонить в сторону пациента.	Предупреждается возможность вытекания содержимого желудка.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Дать пациенту для пережевывания пищу (сухари, картофель и т. д.).	Обеспечивается ощущение вкуса пищи, для смачивания пищи слюной и возбуждаются пищеварительные железы.
3. Предложить пациенту переложить пережеванную пищу изо рта в воронку.	Не допускать глотания пережеванной пищи.
4. Залить пережеванную пищу теплой жидкой пищевой смесью.	Жидкая пищевая смесь легче проходит через трубку.
5. Промыть воронку и резиновую трубку после кормления теплым чаем, настоем шиповника.	Во избежание гниения остатков пищи в резиновой трубке.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять воронку, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
2. Наложить на конец резиновой трубки стерильную салфетку и зажать зажимом.	Предупреждается вытекание содержимого желудка.
3. Зафиксировать зажим длинной петлей бинта, заведенной за шею пациента.	Предупреждается выпадение резиновой трубки из стомы.
4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
5. Дать пациенту стакан с водой и лоток для обработки полости рта.	Осуществляется уход за полостью рта после каждого кормления.

Стандартный план ухода при неудовлетворении потребности в адекватном питании

Результаты ухода регистрировать в протоколе к плану ухода.

ПРОБЛЕМЫ	ЦЕЛИ	СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
1. Пациент нуждается в ограничении питания через рот.	1. Пациент будет получать адекватное количество пищи	1. Поддерживать ограничения в приеме пищи в течение ограниченного периода (по назначению врача).

ПРОБЛЕМЫ	ЦЕЛИ	СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
2. Пациенту требуется усиленное (или адекватное) питание после перенесенной операции.	и его масса тела будет снижаться (будет увеличиваться).	2. Определять количество съеденной пищи при каждом приеме пищи. 3. Уточнить вкусовые пристрастия пациента и его антипатии в отношении еды. 4. Рекомендовать членам его семьи приносить в больницу еду и напитки, которые могли бы (не) стимулировать аппетит пациента. 5. Определять массу тела пациента через 3 дня (временные интервалы определяет врач). 6. Предложить пациенту ограничить дополнительную диету в соответствии с предварительной сестринской оценкой и врачебным диагнозом. 7. Консультация диетсестры (диетолога) — при необходимости.

Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия. Оксигенотерапия

Простейшие физиотерапевтические процедуры

Студент должен знать:

• понятие простейшей физиотерапии, механизм действия;

• виды простейших физиопроцедур и противопоказания к ним, возможные осложнения;

• цели и виды оксигенотерапии, противопоказания к ее проведению, технику безопасности при работе с медицинским кислородом;

• понятие гирудотерапии, противопоказания и осложнения;

• возможные проблемы пациента, например: чувство страха у пациента перед постановкой пиявок; риск возникновения переохлаждения пациента при водных процедурах.

Студент должен уметь:

• приготовить лечебную ванну;

• поставить банки;

• поставить пиявки;

• осуществить оксигенотерапию с помощью носовой кислородной канюли;

Студент должен иметь навыки:

• применения горчичников;

• применения грелки, пузыря со льдом, горячего согревающего, местного, холодного компресса;

• проведения обливания, растирания;

• отпуска лечебной местной ванны.

Физиотерапевтические процедуры относятся к мерам воздействия на кровообращение. Известно, что кожа снабжена большим количеством нервных окончаний, поэтому

можно воздействовать на кровообращение по принципу рефлекторных реакций с кожи на внутренние органы. При раздражении нервных рецепторов теплом кровеносные сосуды расширяются, а при кратковременном воздействии холодом — суживаются.

Тепловые процедуры действуют противоспазтически и болеутоляюще. Влияние тепла на мышцы при длительном воздействии проявляется расслаблением их тонуса и повышением усталости. Реакция на воздействие тепла не распространяется на весь организм, а воздействует только на подлежащие ткани.

Реакция организма на холод состоит из трех фаз:

• *в первую фазу* происходит сужение сосудов, кожа бледнеет, становится холодной на ощупь, кровь перемещается к внутренним органам, уменьшается боль;

• *вторая фаза* наступает через 1 минуту или меньше, когда происходит расширение сосудов, кожа приобретает розово-красную окраску и становится теплой на ощупь;

• если действие холода продолжать, наступает *третья фаза*, когда кожа становится багрово-красной, синюшной, холодной и понижается возбудимость нервов, появляется «гусиная» кожа.

Реакция на холодовые процедуры распространяется на всю поверхность тела.

Методы простейшей физиотерапии рефлекторно влияют на весь организм, в том числе на внутренние органы. На этом основано применение горчицы, банок, пиявок, холода, тепла, свето- и водолечения.

Постановка банок

Цель: оказать местное воздействие на крово- и лимфообращение. Ускорить рассасывание воспалительных процессов в подлежащих органах и тканях, уменьшить боль.

Оснащение: банки медицинские 10–20 шт.; металлический стержень 12–15 см или корнцанг; вата, чтобы намотать на стержень; спирт 70–96% 20 мл; вазелин; спички;

емкость с дезинфицирующим раствором (3% раствор хлорамина); марлевые салфетки; полотенце; пеленка; стакан с водой для тушения фитиля, часы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить цель и ход процедуры и получить согласие пациента на процедуру.	Убедиться, что нет противопоказаний: кровоточивости, истощения, психического возбуждения, опухоли, заболевания кожи, туберкулеза, повышенной чувствительности кожи, гипертермии.
2. Проверить целостность банок.	
3. Подготовить необходимое оснащение.	
4. Вымыть и осушить руки.	
5. Намотать на металлический стержень вату.	
6. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот в удобную позу.	
7. Освободить нужный участок тела от одежды, осмотреть кожные покровы.	Нельзя ставить банки на область почек, родимые пятна. Во время постановки банок недопустимы сквозняки. Спина пациента должна занимать горизонтальное положение. Места приложения банок на область грудной клетки: спереди и сзади, исключая область грудины, позвоночника, сердца и молочных желез, лопаток.
8. Прикрыть волосы салфеткой, чтобы они не воспламенились.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Смазать кожу пациента вазелином, остатки вазелина снять с рук салфеткой.	

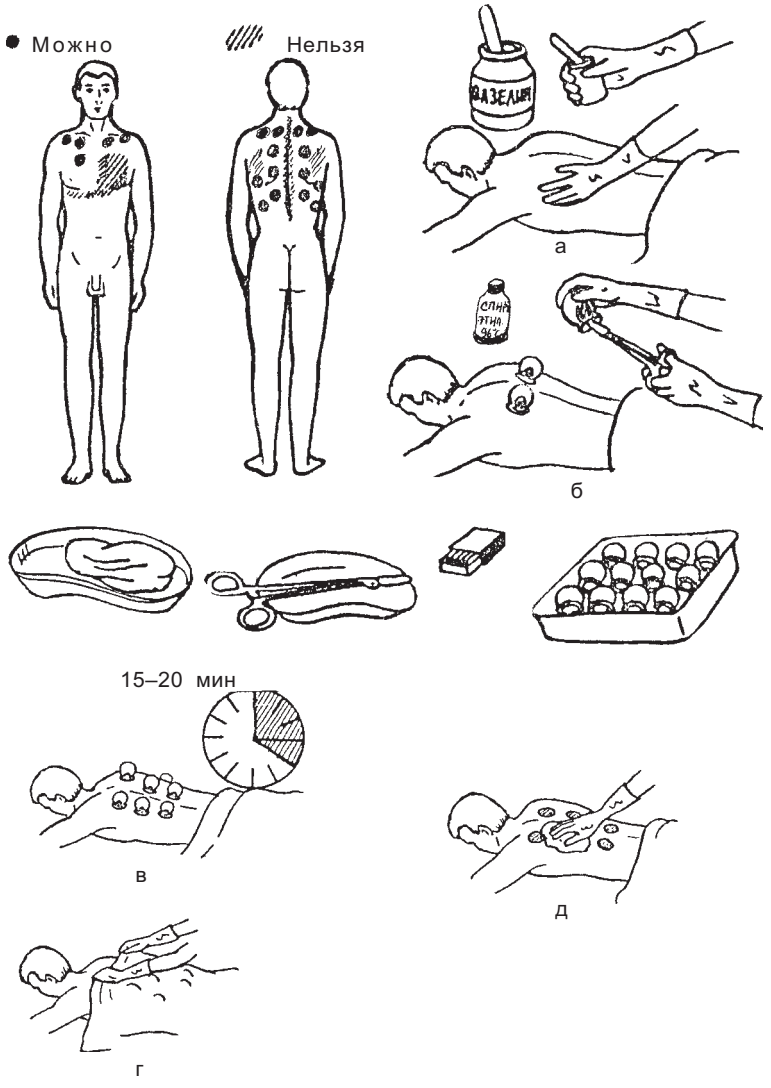


Рис. 36. Постановка банок: а — подготовка к процедуре; б, в — выполнение процедуры; г, д — окончание процедуры

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
2. Смочить спиртом фитиль, отжать излишки спирта о стенки флакона.	Следить, чтобы спирт не капал на кожу и не стекал на стержень!
3. Поджечь фитиль.	Соблюдается техника безопасности при работе с огнем.
4. Взять 1–2 банки в левую руку, а правой на короткое время (0,5–1 сек.) Ввести в 1 банку горящий фитиль, после чего приставить ее к телу (поставить необходимое количество банок).	Следите, чтобы пламя не нагревало края банок, а только вытеснило воздух, так как возможен ожог кожи. За счет создаваемого вакуума банка присасывается к коже.
5. Погасить фитиль в емкости с водой.	
6. Накрыть пациента полотенцем, затем одеялом.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять банки через 15–20 минут. 2. Протереть кожу ватой, помочь пациенту одеться, удобно лечь. 3. Укрыть пациента одеялом. 4. Убрать рабочее место, продезинфицировать банки.	Предложить пациенту оставаться в постели 20–30 минут. Предупредить пациента, что багровые пятна на коже постепенно исчезнут.

Постановка согревающего компресса

Цель: вызвать длительное и равномерное расширение сосудов, способствовать улучшению кровообращения в тканях, оказать болеутоляющее и рассасывающее действие.

Показания: лечение местных инфильтратов (постинъекционных), воспалительных процессов в мышцах и суставах, лор-заболевания, ушибы на вторые сутки.

Противопоказания: кровоизлияния, гнойные заболевания кожи, нарушение целостности кожных покровов, опухоли различной этиологии, травмы и ушибы в первые сутки.

Оснащение: марлевая салфетка, сложенная в 8 слоев, раствор для смачивания марлевой салфетки (вода комнат-

ной температуры (20–25 °С), спирт 40% или раствор уксуса 6% (1 ч. ложка уксуса на пол-литра воды), клеенка или компрессная бумага, вата, бинт, ножницы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные конфиденциальные отношения.	
2. Объяснить смысл и правила поведения во время процедуры.	Компресс чаще применяется на ночь.
3. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки компресса.	Убедиться, что нет противопоказаний к постановке согревающего компресса: гнойных заболеваний кожи, гипертермии.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Наложить на кожу марлевую, хорошо отжатую салфетку, сложенную в 6–8 слоев, смоченную одним из растворов.	Марлевая салфетка должна быть на 2 см больше очага поражения.
2. Покрыть ткань куском компрессной бумаги (клеенки), которая на 1,5–2 см шире влажной салфетки.	Каждый последующий слой компресса увеличивается на 2 см.
3. Положить слой ваты.	Толщина слоя ваты 1,5 – 2 см.
4. Зафиксировать компресс бинтом.	Необходимо закрепить компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к телу.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Спросить пациента о его ощущениях через 5–30 минут.	Пациент ощущает тепло, компресс не стесняет движения пациента.
2. Зафиксировать время.	Держать компресс от 6 до 12 часов, а спиртовой – 4–6 часов.
3. Проверить правильность наложения компресса, подсунув палец под прилегающий к коже слой.	При правильном наложении согревающего компресса салфетка должна оставаться влажной.
4. Снять компресс, просушить кожу.	Салфетка, сложенная в 6–8 слоев, должна оставаться влажной и после постановки компресса.
5. Наложить сухую теплую повязку на место постановки компресса.	Используются вата, бинт или шерстяной платок.

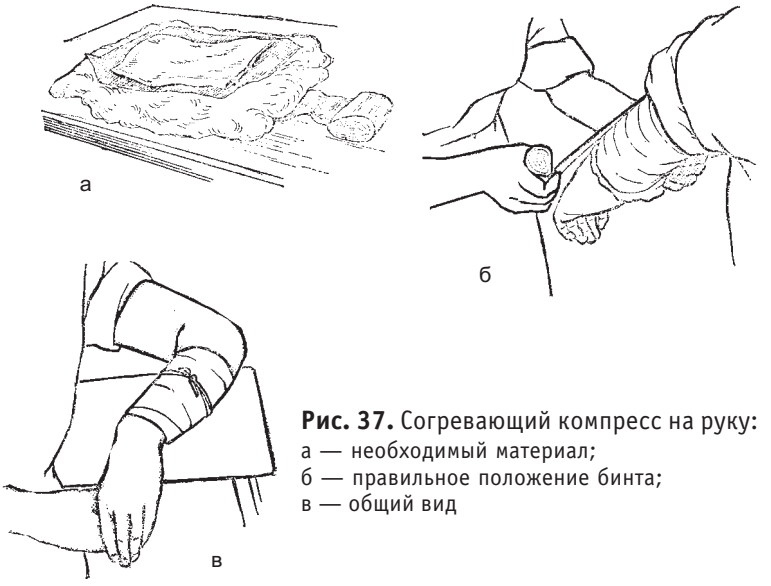


Рис. 37. Согревающий компресс на руку:
а — необходимый материал;
б — правильное положение бинта;
в — общий вид



Рис. 38. Согревающий компресс на ухо:
а — вата и бинт для фиксации компресса; б — наложение компресса

Применение грелки

Цель: провести тепловую процедуру.

Показания: рассасывание воспалительных процессов, согревание тела, болеутоляющее действие.

Противопоказания: острые воспалительные процессы и боли в брюшной полости, опухоли, кровотечения, ушибы в первые часы, нарушение целостности кожных покровов.

Оснащение:

– грелка резиновая 1,5–2 л;
– вода t° — 60–70 °С;
– полотенце личное;
– емкость с 1%-ным раствором хлорамина;
– ветошь (две салфетки для дезинфекции грелки);
– термометр для измерения температуры воды.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.	
2. Подготовить необходимое оснащение.	
3. Налить горячую (60 °С) воду в грелку.	
4. Выпустить воздух сжатием верхней трети грелки, завинтить пробку.	Это необходимо для того, чтобы грелка соприкасалась с поверхностью тела всей поверхностью, была «обтекаемой».
5. Опрокинуть грелку пробкой вниз, вытереть грелку насухо.	Обеспечивается герметичность грелки.
6. Завернуть грелку в полотенце и отдать пациенту.	Обеспечивается комфортное ощущение пациента.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Приложить грелку к нужной области тела на 20 минут.	При длительном применении по назначению врача делать 10–15-минутный перерыв, меняя воду.
2. Держать грелку до остывания.	Эффект процедуры зависит от ее длительности.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать грелку, открыть ее и вылить воду.	
2. Осмотреть кожу пациента, помочь пациенту лечь в удобное положение, укрыть.	Профилактика ожога кожи.
3. Вымыть, осушить руки, надеть перчатки.	
4. Обработать грелку ветошью, смоченной в 1%-ном растворе хлорамина (двукратно с интервалом 15 минут).	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Вымыть водой, высушить и хранить в специально отведенном месте.	
6. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.	

Подача пузыря со льдом

Цель: профилактика осложнений при кровотечении и лихорадке.

Оснащение: пузырь для льда, предварительно проверенный на целостность; лед кусочками, вода (14–16 °С); полотенце личное; емкость с дезинфицирующим раствором (1% раствором хлорамина); 2 ветоши.

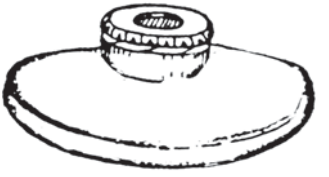


Рис. 39. Пузырь со льдом

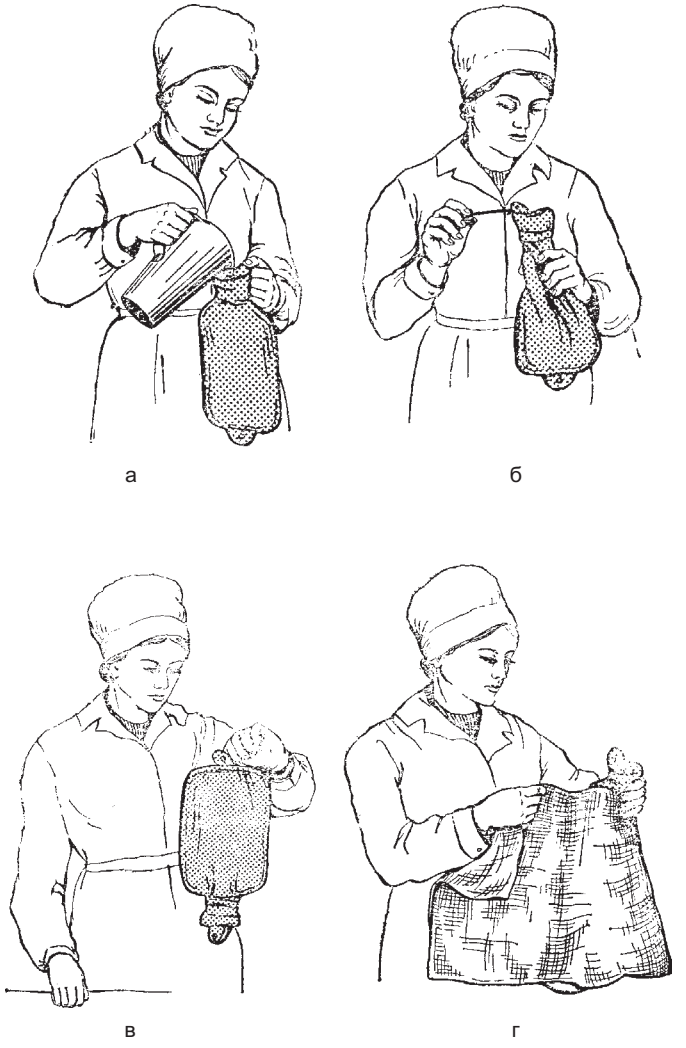


Рис. 40. Применение грелки:
а — наполнение грелки водой; б — выведение воздуха из грелки;
в — проверка на герметичность; г — подача грелки пациенту

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Заполнить пузырь кусочками льда, подготовленными в морозильной камере, залить их холодной водой.	Достигается равномерное заполнение пузыря для льда. При применении пузыря для льда, замороженного в морозильной камере, может возникнуть отморожение участка тела.
2. Закрутить крышку пузыря для льда, положив пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснив воздух.	Вода, вытесняя воздух, должна находиться у крышки пузыря.
3. Завернуть пузырь в полотенце так, чтобы он не выпал из него во время процедуры.	Поверхность пузыря в полотенце, которое прикладывается к телу, должна быть гладкой, не иметь складок.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Приложить на нужный участок тела на 20 минут.	На область головы класть пузырь не рекомендуется. Можно, используя приспособления, подвесить пузырь на расстоянии 5–7 см на 20 минут (при необходимости применить повторно с интервалом 15 минут).
2. Снять пузырь, осмотреть поверхность кожи. При необходимости, приложить повторно с интервалом 30 минут.	Общее время воздействия не должно превышать 2 часов с учетом интервалов. По мере таяния льда воду сливать и подкладывать новые кусочки льда.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.	
2. Пациенту создать покой и удобное положение.	
3. Обработать пузырь для льда ветошью, смоченной в дезрастворе двухкратно (1% растворе хлорамина (с интервалом 15 минут).	При нарушении целостности кожных покровов у пациента медицинской сестре перед началом процедуры необходимо надеть перчатки, а после окончания – снять их и продезинфицировать в 3% растворе хлорамина или другом регламентируемом дезинфицирующем растворе.

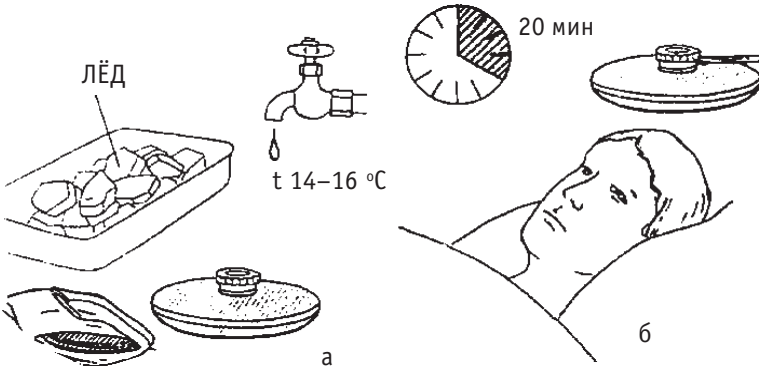


Рис. 41. а — подготовка к процедуре; б — применение пузыря со льдом на область головы

Постановка горчичников

Механизм воздействия горчицы: проникая в кожу пациента, эфирное горчичное масло раздражает ее и расширяет кожные кровеносные сосуды, приводит к рефлекторному расширению кровеносных сосудов внутренних органов.

Показания: при болях, острых воспалительных процессах органов дыхания: пневмонии, бронхиты, плевриты. Заболевания мышц, нервной системы, невралгии, невриты, остеохондроз, гипертонический криз, при болях в сердце.

Противопоказания: кровотечения, заболевания кожи, опухоли различной этиологии, аллергические реакции на эфирные масла, нарушение целостности кожных покровов, гипертермия.

Оснащение:

– горчичники;
– лоток с водой t° 40–45 °С;
– лоток для отработанного материала;

– полотенце;
– марлевые салфетки;
– термометр для измерения температуры воды.

Обязательное условие: перед применением следует проверить качество горчичников, срок годности; пригодный горчичник имеет острый запах горчичного масла и не осыпается.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки горчичников.	Убедиться, что нет противопоказаний: заболеваний кожи, опухолей различной этиологии, аллергических реакций на эфирные масла, гипертермии.
2. Проверить качество горчичников.	Перед применением следует проверить срок годности: пригодный горчичник имеет острый запах горчичного масла и не осыпается.
3. Измерить температуру воды для смачивания горчичников (40–45 °С).	Для горчичных процедур нельзя применять горячую воду, так как она разрушает горчичный фермент и горчичное масло не выделится.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Смочить горчичники в воде в течение 5 сек каждый.	Оберегать слизистые верхних дыхательных путей и глаза от воздействия горчицы.
2. Стряхнуть и приложить горчичник на нужный участок кожи горчицей вниз, сверху положить полотенце.	Места постановки горчичников: а) круговые — на область грудной клетки, кроме грудной железы, сосков; б) воротниковые — на область верхнего плечевого пояса при гипертоническом кризе; в) на область сердца — при болях в сердце у женщин — вокруг грудной железы, у мужчин — кроме сосков, а также на место проекции боли (чаще на область грудины).
3. Укрыть пациента одеялом.	
4. Держать горчичники 10–15 минут.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.	При повышенной чувствительности (появление нестерпимого чувства жжения на 1–2-й минутах).
2. Протереть кожу пациента влажной теплой марлевой салфеткой, вытереть насухо.	Исключить аллергическую реакцию и при ее отсутствии между горчичниками и кожей следует проложить смоченную водой и отжатую марлю. Категорически запрещается ставить горчичники на бумагу, так как при этом теряется непосредственное раздражающее действие горчичного масла на кожу.
3. Помочь надеть белье, уложить в удобное положение.	
4. Укрыть пациента, рекомендовать постельный режим 30–60 минут.	

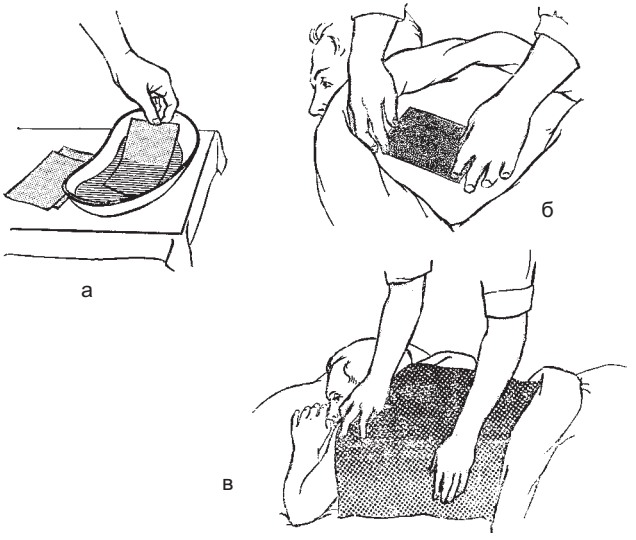


Рис. 42. Постановка горчичников:
а — смачивание горчичника; б — прикладывание горчичника к телу пациента; в — укрывание пациента салфеткой, затем — одеялом

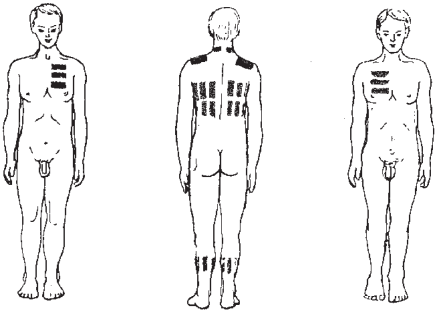


Рис. 43. Области, куда можно ставить горчичники

Горчичные ножные ванны

Цель: рефлекторно расширить кровеносные сосуды нижних конечностей.

Оснащение: 50 г сухой горчицы на 10 л теплой воды (40–45 °С); теплая вода для обмывания ног после процедуры и полотенце; простыня и одеяло для укутывания ног.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Выяснить у пациента переносимость горчицы.	При непереносимости горчицы используется только теплая вода.
2. Осмотреть кожу, убедиться, что нет противопоказаний.	Противопоказаниями являются кожные заболевания (пиодермии, нейродермит, экзема).
3. Приготовить горчичную ванну, растворив горчицу в теплой воде.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Погрузить нижние конечности до колен в ванну на 15–20 минут до стойкой гиперемии кожи. 2. Обмыть ноги после процедуры теплой водой, вытереть полотенцем.	Следить за постоянством температуры в ванночке в пределах 40–45 °С.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Укутать ноги простыней и одеялом на 30 – 60 минут.	

Оксигенотерапия. Подача увлажненного кислорода через носовой катетер

Оксигенотерапия (подача увлажненного кислорода из кислородной подушки)

Цель: повышение содержания кислорода в тканях.

Оснащение: кислородная подушка, содержащая 100% кислорода; воронка (мундштук); марлевая салфетка, сложенная в 4 слоя; емкость с дезраствором (3% раствор хлорамина); вода питьевая или пеногаситель (антифомсилан 10% или этиловый спирт 96%).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Заполнить подушку кислородом из кислородного баллона: – соединить резиновую трубку подушки с редуктором кислородного баллона; – открыть вентиль на трубке подушки, затем на баллоне; – наполнить подушку кислородом; – закрыть вентиль на баллоне, затем на подушке; – отсоединить резиновую трубку от редуктора баллона; – подсоединить мундштук к трубке подушки.	Длительные ингаляции 100%-ным кислородом опасны и оказывают токсичное действие на организм: сухость во рту, чувство жжения за грудиной, боль в грудной клетке, судороги и т. д. Соблюдение техники безопасности при набирании кислорода: не курить, не зажигать спички и т. п. В одной подушке около 10 л кислорода.
2. Смочить салфетку в воде или пеногасителе.	Пеногасителем служит 20%-ный этиловый спирт или антифомсилан.
3. Обернуть мундштук (воронку) влажной марлевой салфеткой.	
4. Удалить мокроту изо рта и носа пациента тампоном (или электроотсосом) перед процедурой.	Необходимо освободить дыхательные пути.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Держать мундштук (воронку) у рта пациента и открыть кран на подушке.	Пациент вдыхает кислородную смесь через мундштук (воронку), а выдыхает через нос. С целью уменьшения потери кислорода в момент выдоха его подача временно прекращается с помощью сжатия трубки пальцами или поворотом крана на трубке. (Если пациент осуществляет вдох через нос, то выдох — через рот).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Отрегулировать скорость подачи кислорода (4–5 л в минуту).	Подавать кислородную смесь, содержащую 80–100% O_2 — 15 минут, при необходимости — повторить процедуру через 10–15 минут.
3. Надавливать на подушку и сворачивать с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.	
4. Менять подушки с кислородом.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать кислородную подушку, отсоединить мундштук (воронку).	Наблюдать за состоянием пациента.
2. Поместить салфетку и мундштук (воронку) в дезинфицирующий раствор.	В домашних условиях можно прокипятить в 2% растворе питьевой соды или протереть мундштук (воронку) 70% спиртом.

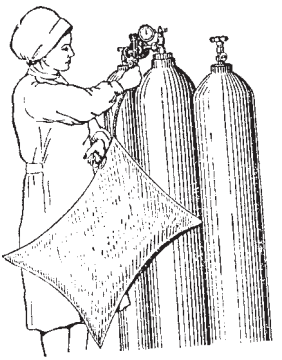


Рис. 44. Наполнение кислородной подушки кислородом из баллона



Рис. 45. Вдыхание кислородной смеси через воронку. Пациент осуществляет вдох через рот, а выдох — через нос.

Подача увлажненного кислорода через носовой катетер

Цель: уменьшить гипоксию тканей.

Показания: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и дыхания.

Оснащение: аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 20%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, вазелиновое масло, шпатель, бинт, лейкопластырь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно.	Обеспечение слаженности совместной работы.
2. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.	Гипоксия может привести к тахикардии (учащению пульса), брадиаритмии (урежению пульса).
3. Объяснить пациенту (в том случае, когда возможно) и его близким цель оксигенотерапии, последовательность процедуры и получить его (их) согласие на процедуру.	Пациент успокаивается, что приводит к уменьшению потребления им кислорода и улучшает взаимодействие между ним и медицинской сестрой.
4. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.	
5. Подготовить к работе аппарат Боброва: а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 20%-ный 2/3 объема, температура 30–40 °С; б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.	Спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос — приблизительно 15 см), поставить метку.	Обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути.
2. Облить стерильным вазелиновым маслом или глицерином вводимую часть катетера.	Предупреждение травмы слизистой носа.
3. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки.	Обеспечение нахождения катетера в области зева.
4. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.	
5. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.	
6. Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта.	Обеспечивается постоянное положение катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.
7. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой, или 20%-ным спиртом, или другим пеногасителем.	Исключаются высыхание слизистых носа и ожог дыхательных путей.
8. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода.	По назначению врача.
9. Осмотреть слизистую носа пациента.	Для выявления возможного раздражения слизистой носа.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Провести итоговую оценку состояния пациента для уменьшения симптомов, связанных с гипоксией.	Подтверждается положительная динамика, т.е. уменьшение признаков гипоксии.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Удалить катетер.	
3. Продезинфицировать катетер, шпатель, аппарат Боброва методом кипячения.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Вымыть и осушить руки.	

Примечание: продолжительность ингаляции — 40–60 минут по графику, назначенному врачом. Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов.

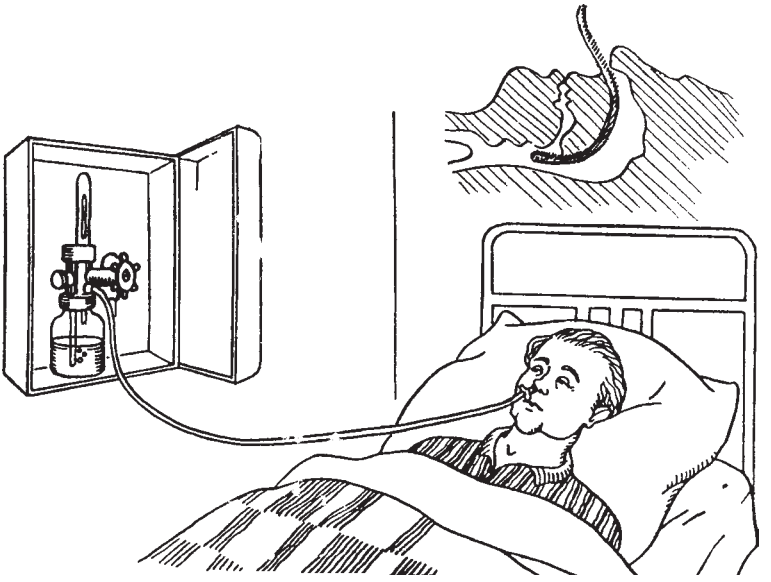


Рис. 46. Подача кислорода через аппарат Боброва и носовой катетер

Сбор мокроты на микобактерии туберкулеза

Цель: обеспечить качественный сбор мокроты, содержащей достаточное количество микобактерий туберкулеза, если они выделяются.

Оснащение: карманная плевательница для сбора мокроты или чистая стеклянная широкогорлая банка из темного стекла с крышкой, направление в лабораторию.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить и объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования.	
2. Объяснить, что необходимо ежедневно, в течение 3 дней подряд собирать мокроту для исследования в емкость из темного стекла.	На свету микобактерии погибают и лизируются.
3. Обеспечить направлениями.	
4.Обучить технике сбора мокроты: – предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании. Объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты.	Если пациент испытывает трудности при обучении, оставьте ему письменные рекомендации.
5. Объяснить, что необходимо вечером почистить зубы, а утром прополоскать рот и глотку кипяченой водой непосредственно перед сбором.	Можно собирать мокроту, которая отходит ночью.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Утром откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве не менее 15–20 мл. Закрыть крышку.	При скудном отделении мокроты она собирается в течение 1–3 дней в карманную плевательницу. Хранить в прохладном месте, затем перелить в банку для анализа.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Прикрепить направление и доставить банку в клиническую лабораторию.	



Рис. 47. Централизованная подача увлажненного кислорода

Гирудотерапия

Признаки пригодности пиявок:

1. Поверхность пиявки должна быть гладкой, блестящей.

2. Ярко выражен рефлекс прикосновения (тело пиявки при прикосновении становится коротким, толстым, упругим).

3. Активность.

Места прикладывания пиявок:

1. Область сосцевидного отростка, по вертикальной линии, отступив на 1 см от ушной раковины.

2. Область сердца в 3–5 межреберьях, отступив от грудины на 1 см.

3. Область печени вдоль реберного края.

4. При тромбофлебите (по ходу вен, отступив от вены на 1 см с обеих сторон).

5. Височная область на уровне разреза глаз по горизонтальной линии (при глаукоме).

6. Область копчика и вокруг заднепроходного отверстия (при геморрое).

Противопоказания:

1. Кровоточивость.
2. Болезни органов кроветворения.
3. Инфекционные заболевания.

Постановка пиявок

Цель: местное кровоизвлечение, снижение свертываемости крови.

Показания: гипертензия артериальная, венозный застой в печени, ишемическая болезнь сердца, тромбоз вен и тромбофлебит, геморрой.

Оснащение: *стерильные*: лоток; пинцеты; тампоны; салфетки; перевязочный материал для давящей повязки; медицинская банка; флакон со спиртом 70%; 40%-ный раствор глюкозы; нашатырный спирт или хлорид натрия; горячая вода в емкости; 6–8 подвижных пиявок.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру. Убедиться, что нет противопоказаний к процедуре.	Противопоказаниями являются: анемия, снижение свертываемости крови, повышенная чувствительность кожи, сепсис, кожные заболевания.
2. Подготовить необходимое оснащение.	
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Придать пациенту удобное положение.	
2. Освободить нужный участок тела, кожу, при необходимости сбрить волосы.	Исключить кожные заболевания и др. противопоказания.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
3. Протереть кожу спиртом, затем тампоном, смоченным в теплой воде, осушить кожу.	Условие для присасывания пиявок, так как запах спирта отпугивает пиявку.
4. Протереть место постановки пиявок 40% раствором глюкозы.	Ускоряется присасывание пиявок.
5. Взять пиявку пинцетом и поместить в банку хвостовой частью. Поднести к месту приложения банку с пиявкой, направить пиявку к соответствующей точке.	
6. Освободить пиявку от сосуда, как только она прокусит кожу и появятся волнообразные движения в передней ее части.	Это указывает на то, что пиявка прокусила кожу и присосалась передней присоской.
7. Подложить под заднюю присоску стерильную салфетку.	Предупреждается присасывание задней присоски к коже с целью увеличения активности пиявки.
8. Поставить все пиявки таким же образом.	
9. Подставить лоток к месту приложения пиявок.	Пиявки могут отпасть в любой момент.
10. Провести ватой, смоченной теплой водой по телу пиявок, как только они теряют активность.	
11. Ждать, пока пиявки сами отпадут, или снять их, прикоснувшись к телу пиявки тампоном, смоченным нашатырным спиртом.	Время постановки пиявок составляет не более 20–30 минут.
12. Поместить использованные пиявки в дезинфицирующий раствор.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Наложить на место укусов стерильные салфетки, поверх салфеток — асептическую ватно-марлевую давящую повязку и зафиксировать бинтом на сутки.	Предупреждение кровотечения из ранок.
2. Продезинфицировать использованные предметы.	
3. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
4. Наблюдать за состоянием повязки.	При промокании повязки снять только верхние слои и подбинтовать новый слой ватно-марлевой повязки.
5. Сменить повязку через сутки.	

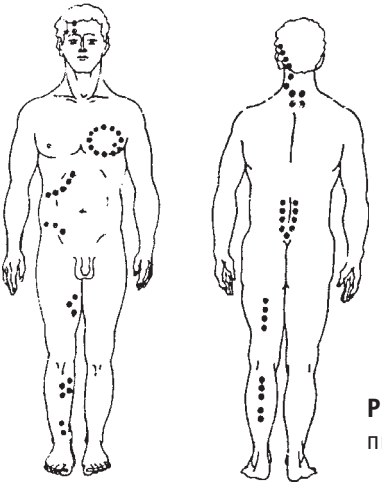


Рис. 48. Места постановки пиявок



Рис. 49. Способ постановки пиявок

Термометрия

Студент должен знать:

• механизм теплообразования и пути теплопередачи;

• колебания температуры тела в течение дня, а также в зависимости от возраста и условий окружающей среды;

• понятия, виды, методы, механизм развития лихорадки;

• возможные проблемы пациента, например: лихорадка в третьем периоде, кризис; сестринское вмешательство.

Студент должен уметь:

• оказать помощь пациенту с высокой температурой тела.

Студент должен иметь навыки:

• измерения температуры тела в подмышечной впадине и полости рта, в паховой впадине;

• регистрации данных измерения температуры тела в температурном листе;

• обработки и хранения термометров.

Измерение температуры тела в подмышечной области

Цель: определить температуру тела взрослого пациента.

Показания: наблюдение за функциональным состоянием организма, профилактика внутрибольничной инфекции.

Противопоказания: опрелости, воспалительные процессы в подмышечной области.

Оснащение: медицинский термометр, индивидуальная салфетка, емкость с дезинфицирующим раствором, температурный лист, ручка с черным стержнем, часы, температурный журнал.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить согласие.	
2. Вымыть и осушить руки.	
3. Достать термометр из футляра, встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35 °С.	Исходное состояние ртутного столбика термометра. Это является обязательным условием.
4. Осмотреть подмышечную впадину.	Исключить повреждение кожи, опрелости.
5. Вытереть насухо кожу в подмышечной впадине салфеткой.	Влага изменяет показания термометрии, так как охлаждает ртуть.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить термометр ртутным резервуаром в подмышечную впадину так, чтобы он со всех сторон соприкасался с кожей.	Это обеспечит условия для получения достоверного результата.
2. Фиксировать руку пациента, прижав ее к грудной клетке, или попросить пациента удерживать термометр прижатием согнутой руки.	Если состояние пациента позволяет это сделать.
3. Фиксировать время измерения температуры.	
4. Измерять температуру тела 10 минут. 5. Оценить результат.	
6. Сообщить пациенту результат.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Записать показания цифровым способом в температур-	Регистрация данных в истории болезни, преемственность в

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ном журнале (листе наблюдений), затем графическим способом в температурном листе.	работе медицинских сестер.
2. Продезинфицировать термометр методом полного погружения в дезинфицирующий раствор.	Экспозиция зависит от используемого дезинфицирующего раствора.
3. Надеть перчатки.	
5. Извлечь термометр из дезраствора, ополоснуть проточной водой, дать высохнуть.	
6. Снять перчатки.	
7. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар.	
8. Поместить термометр в футляр.	Хранить в сухом виде.
9. Вымыть и осушить руки.	



Рис. 50. Измерение температуры тела в подмышечной впадине

Регистрация данных термометрии

В стационарных условиях результаты измерения температуры фиксируются в журнале учета, где указываются фамилии и инициалы пациентов, даты и время измерения температуры (утро, вечер).

Данные измерения температуры тела переносятся в индивидуальный температурный лист, вклеенный в историю болезни (медицинскую карту пациента).

По оси абсцисс температурного листа отмечают дату измерения температуры, день болезни, а по оси ординат и

«шкале Т» утром и вечером строят график температурной кривой соответственно цифровых записей в журнале. Необходимо помнить, что каждое деление температурной сетки по оси ординат составляет 0,2 °С, а точка, соответствующая температуре тела пациента, регистрируется черным (или синим) стержнем в графе «у» или графе «в» строго по центру клеточки. Эти точки соединяют между собой. График температурной кривой при наличии лихорадки отражает тот или иной ее тип.

В температурном листе в шкале «П» строят кривые частоты пульса, а в шкале «АД» — артериального давления.

В нижней части температурного листа отражают данные подсчета частоты дыхания в 1 мин, массу тела, коли-

Температурный лист

№ карты

Фамилия, и., о. больного _____

Дата															
День болезни															
День приб. в стац.			1		2		3		4		5		6		7	
П	АД	Т°	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
1-40	200	41														
120	175	40														
100	150	39														
90	125	38														
80	100	37														
70	75	36														
60	50	35														
Дыхание																
Вес																
Выпито жидкости																
Суточное кол. мочи																
Стул																
Ванна																

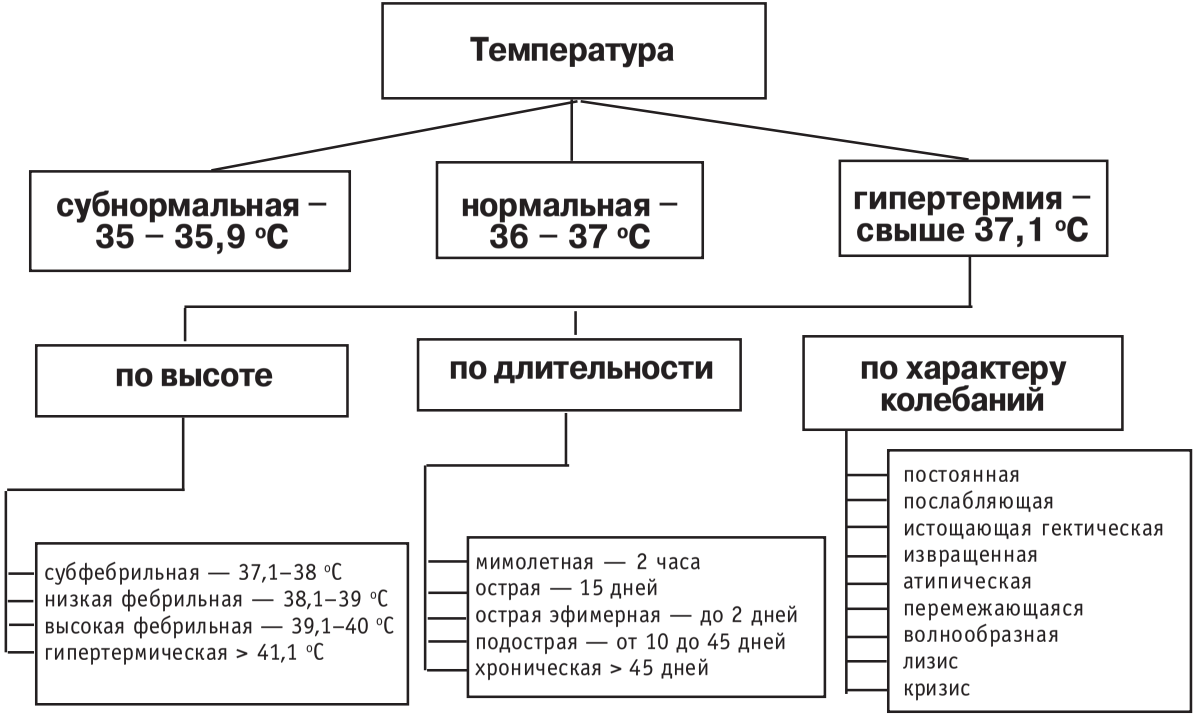
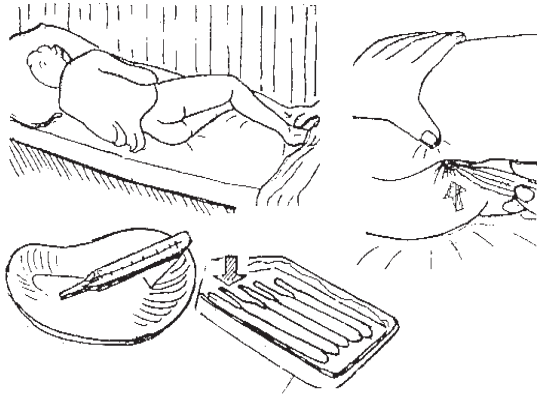


Схема 3. Виды лихорадок

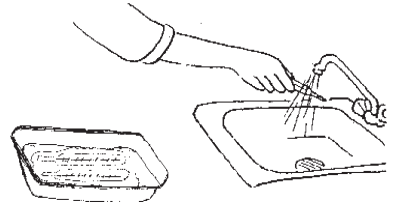
чество выпитой за сутки жидкости (в мл), суточное количество мочи. Наличие стула и данные о проведенной санитарной обработке отмечают знаком «+».

Измерение температуры тела в прямой кишке

Цель: определить температуру тела при заболевании кожи и наличии воспалительных процессов в области подмышечной впадины.



Дезинфекция в закрытой емкости



Хранение в сухом виде

Ополаскивание проточной водой

Рис. 51. Измерение температуры тела в прямой кишке

Оснащение: медицинский термометр, дезинфицирующий раствор, температурный журнал, температурный лист, ручка с черным стержнем, часы, перчатки.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Уложить пациента на бок с прижатыми к животу ногами.
3. Надеть перчатки.

Проведение процедуры

1. Ввести смазанный вазелином ртутный конец термометра в задний проход на 3–4 см.
2. Сжать осторожно ягодицы на 5 мин.
3. Извлечь термометр из прямой кишки.
4. Снять показания, оценить результат.
5. Погрузить термометр в дезинфицирующий ррастаор.
6. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.

Окончание процедуры

1. Произвести регистрацию в температурном журнале цифровым способом, температурном листе — графическим способом с указанием места измерения.
2. Продезинфицировать термометр методом полного погружения в дезинфицирующий раствор (например, 3% раствор хлорамина — 60 мин), затем ополоснуть проточной водой.
3. Хранить в сухом месте.

Демеркуризация

Требования к медперсоналу:

1. Медперсонал должен пройти специальную подготовку (обучение).
2. Наличие специальных предметов по уходу (фартук, резиновые перчатки, очки).
3. После демеркуризации применить: душ, полоскание полости рта 0,025% р-ром перманганата калия, чистка зубов.

Перечень демеркуризантов, которые рекомендованы инструктивно-методическими рекомендациями по демеркуризации помещения:

- мыльно-содовый раствор (4% мыла в 5% водном растворе соды);
- киролюзит (паста: 1 часть пиролюзина (MnO) + 2 части 5% HCl);
- 0,2% водный р-р перманганата калия, подкисленный HCl (у. в. 1,19 на 1 л перманганата калия);
- 20% водный р-р хлорного железа (готовить на холоде);
- 20% р-р хлорной извести;
- 5–10% р-р HCl;
- сера;
- 2–3% р-р йода в 30% водном р-ре йодида калия.

Демеркуризация (при наличии скоплений ртути)

Соблюдается последовательность действий:

1. Механическое удаление (собрать во флакон с притертой пробкой) вакуумным отсосом или с помощью подогретого мыльно-содового раствора.
2. Химическая демеркуризация (в течение одного часа хлорным железом, раствором перманганата калия, полисульфитов натрия и калия).
3. Мытье помещения чистой водой.
4. Отправка остатков ртути в ЦГСЭН.
5. Регистрация в журнале разбитого термометра.
6. Составление и доставка в УГ СЭН акта о разбитом термометре и проведении демеркуризации.

Контроль качества демеркуризации: контрольные анализы в ЦГСЭН на содержание ртути в воздухе помещения (дважды с интервалом в 7 дней).

Помощь при гипертермии (лихорадке)

Цель: снизить температуру тела в течение 3–5 дней до нормальной.

Планирование сестринского ухода

ПЛАН	ОБОСНОВАНИЕ
1. Измерять температуру тела каждые 2–3 часа.	Контроль за температурой тела для ранней диагностики осложнений и оказания соответствующей помощи пациенту.
2. Согреть пациента (теплые грелки к ногам, тепло укрыть, дать теплый сладкий чай).	Осуществляется в период появления озноба (при повышении или снижении температуры) для согревания пациента, уменьшения теплоотдачи.
3. Обеспечить витаминизированное питье (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника).	Для снижения интоксикации.
4. Орошать слизистую полости рта и губы водой, смазывать вазелиновым маслом, 20% р-ром буры в глицерине, обрабатывать трещины на губах 1% р-ром бриллиантовой зелени.	Для ликвидации сухости слизистой рта и губ, лечения трещин на губах.
5. Постоянно наблюдать за пациентом при бреде и галлюцинациях, сопровождающих повышение температуры.	Для предупреждения травм.
6. Измерять АД и пульс, частоту дыхания.	Для ранней диагностики осложнений (тяжелой дыхательной и сердечной недостаточности).
7. Регистрировать данные в листе наблюдения.	Для обеспечения преемственности в работе, наблюдения за состоянием.
8. Обеспечить смену нательного и постельного белья, туалет кожи.	Для предупреждения нарушений выделительной функции кожи, профилактики пролежней.
9. Положить пузырь со льдом или холодный компресс на шею и голову при гипертермии.	Для профилактики осложнений со стороны ЦНС (отечности мозга, предупреждения нарушений сознания, судорог и других осложнений).

ПЛАН	ОБОСНОВАНИЕ
10. При критическом понижении температуры: – приподнять ножной конец кровати, – убрать подушку; – вызвать врача; – обложить теплыми грелками, укрыть, дать теплый чай; – сменить белье, провести влажное обтирание.	Для профилактики осложнений (острой сосудистой недостаточности). Приготовить 10% р-р кофеина, 10% р-р сульфокамфокаина;
11. Выполнять назначения врача.	Для эффективного лечения.

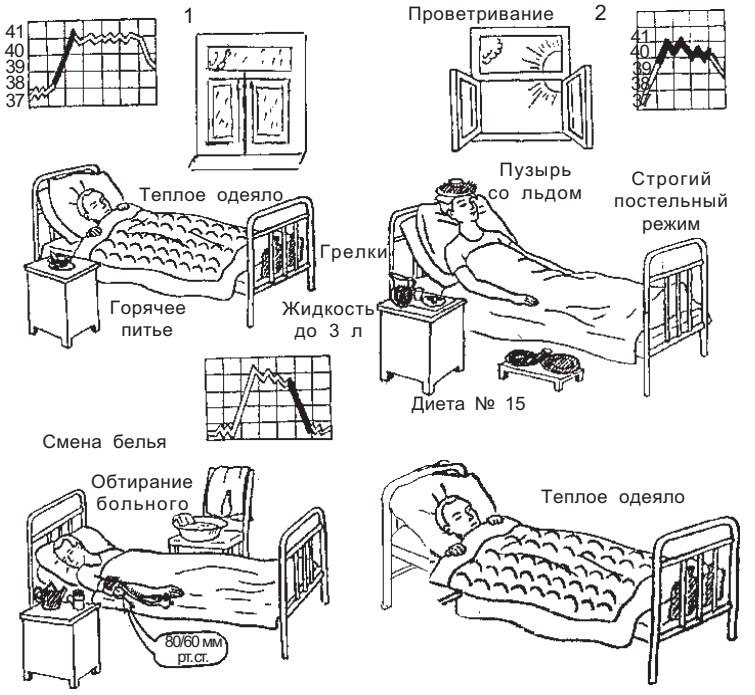


Рис. 52. Уход в различные периоды лихорадки:
1 — период подъема; 2 — период разгара;
3 — период критического снижения

Применение лекарственных средств

Студент должен знать:

• правила выписывания и получения лекарственных средств отделением ЛПУ;

• требования, предъявляемые к хранению лекарственных средств;

• правила хранения и учета наркотических, сильнодействующих, остродефицитных и дорогостоящих лекарственных средств;

• пути и способы введения лекарственных средств в организм;

• правила раздачи лекарственных средств;

• особенности сублингвального, ректального, наружного, ингаляционного, парентерального способов введения лекарственных средств;

• причины, вызывающие у пациентов негативное отношение к лекарственной терапии;

• особенности приема некоторых групп лекарственных средств энтерально;

• некоторые аспекты взаимодействия лекарственных средств с пищей;

• документацию процедурного кабинета;

• должностные инструкции медсестры процедурного кабинета;

• виды щприцев и игл;

• анатомические области для парентерального введения лекарственных средств.

Студент должен уметь:

• осуществить выборку назначений из истории болезни;

• заполнить журналы учета лекарственных средств;

• дать пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве;

• раздать лекарственные средства для энтерального приема;

• обучить пациента приемам различных лекарственных форм, энтерально;

• обучить пациента технике сублингвального приема лекарственных средств;

• определить цену деления шприца;

• осуществить внутривенные вливания и инъекции на фантоме;

• оценить осложнения, возникающие при парентеральном способе введения лекарственных средств.

Студент должен иметь навыки:

• применения лекарственных средств на коже (мази, присыпки, пластыри, растворы настойки);

• закапывания капель в глаз, нос, ухо;

• закладывания мази в глаз;

• введения мази в нос, ухо;

• применения лекарственных средств ингаляционным способом через нос и рот;

• введения лекарственных средств через прямую кишку (с помощью суппозиториев);

• сборки шприцев со стерильного стола, из крафт-пакета;

• набора лекарственных средств из ампул, флаконов;

• разведения антибиотиков;

• выполнения внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций на фантоме.

Выписка, получение, хранение и учет лекарственных средств

Применение лекарственных средств занимает одно из важнейших мест среди методов лечения. Выписывание, получение лекарственных средств из аптеки производит старшая медицинская сестра отделения в соответствии с потребностью отделения по заявкам палатных медицинских сестер. Требования на получение лекарственных средств из аптеки выписываются в трех экземплярах. На

ядовитые, наркотические, сильнодействующие, спирт этиловый выписываются на один экземпляр больше. Требования подписываются главным врачом и заверяются печатью лечебного учреждения. В требованиях на получение из аптеки ядовитых, наркотических, остродефицитных лекарственных средств указывают номера историй болезни, фамилии, имена, отчества пациентов. При получении лекарственных средств из аптеки старшая медицинская сестра проверяет их соответствие прописи в требованиях (название препарата, дозировку), а также срок годности, дату изготовления, серию препарата, соответствие оригинальной заводской или аптечной упаковке.

При хранении лекарственных средств соблюдаются правила размещения их по группам: *список А* (ядовитые и наркотические), *список Б* (сильнодействующие) — находятся в сейфе, под замком. Ключи от сейфа хранятся только у лиц, назначенных приказом по ЛПУ, ответственных за хранение и выдачу лекарственных средств группы «А». Другие лекарственные средства хранятся в отделении в запирающихся шкафах с обозначениями «Наружные», «Внутренние», «Парентеральные». При сдаче дежурств медицинская сестра делает запись в соответствующих журналах по форме.

Запасы наркотических лекарственных средств не должны превышать трехдневной потребности отделения, ядовитых — пятидневной, сильнодействующих — десятидневной. В местах хранения соблюдается температурный режим. Светочувствительные средства хранятся в темных, закрытых шкафах. Пахучие хранятся отдельно, в плотно закрывающихся ящиках. Отвары, настои, эмульсии, антибиотики, свечи, сыворотки хранятся только в холодильнике при температуре от +2 °С до +10 °С, предназначенном для хранения лекарственных средств.

Лекарственные средства нужно использовать в пределах установленных сроков годности. Наркотические, ядовитые, этиловый спирт, остродефицитные препараты подлежат предметно-количественному учету, контролю,

который ведется в специальной книге, пронумерованной, прошнурованной и скрепленной печатью и подписью главного врача лечебного учреждения.

Пути введения лекарственных средств в организм

Существуют наружный, энтеральный и парентеральный пути введения лекарственных средств в организм.

Наружный путь введения лекарственных средств: через кожные покровы, слизистые оболочки и дыхательные пути. Оказывает местное действие. На кожу наносят мази, эмульсии, порошки, болтушки, настойки. На слизистые оболочки глаз применяются капли и мази, в нос вводят лекарства в виде порошков, паров, растворов (капли) мазей. Всасывание через слизистые оболочки проходит очень энергично.

В уши лекарственные средства закапывают пипеткой, масляные растворы подогревают.

Для местного воздействия на слизистую оболочку влагалища применяют шарики, тампоны, порошки, растворы для спринцеваний.

Энтеральный путь введения лекарств: через рот, под язык, через прямую кишку. Всасывание в кровь осуществляется через пищеварительный тракт. Через рот употребляют порошки, таблетки, пилюли, капли, микстуры, которые оказывают общее действие на организм и местное на желудочно-кишечный тракт. Преимущества этого способа заключаются в применении многообразия лекарственных форм, простоте их применения, а также применении средств в нестерильном виде.

Недостатками энтерального пути введения являются:

1. Медленное всасывание, которое происходит в кишечнике.

2. Отрицательное действие желудочного, кишечного соков, желчи на лекарственное средство.

3. Неполное всасывание лекарственного средства в кровь, в результате чего трудно установить дозировку.

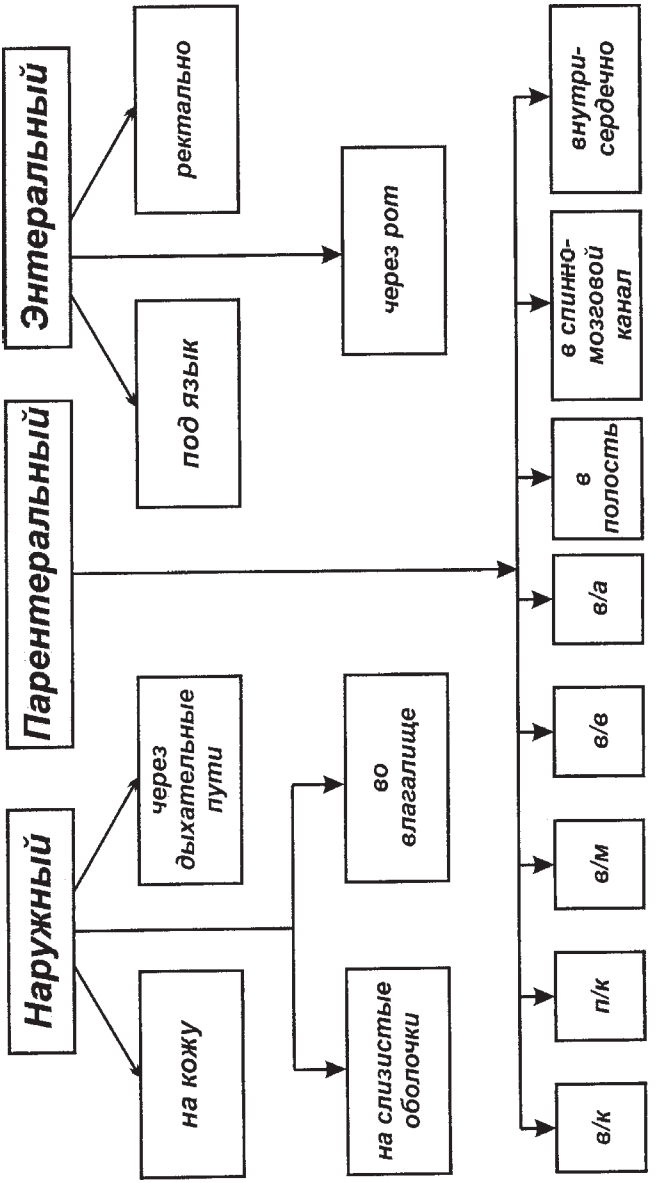


Схема 4. Пути введения лекарственных веществ

К преимуществам сублингвального пути введения (под язык) относится то, что лекарственное средство быстро всасывается, не разрушаясь, поступает в кровь, минуя печень и пищеварительный тракт. Этим способом применяют препараты только быстрого действия, изготовленные в таблетках, капсулах, растворах (нитроглицерин, валидол).

Лекарственные средства, введенные в прямую кишку (ректально), оказывают как резорбтивное действие на организм, всасываясь через геморроидальные вены, так и местное, — на слизистую прямой кишки. Ректально вводят жидкие (отвары, растворы, мази), а также твердые лекарственные формы, которые становятся жидкими при температуре тела (это суппозитории). Поэтому перед введением в прямую кишку лекарственных средств следует очистить кишечник.

Парентеральный путь введения лекарственных средств

Парентеральное введение лекарственных средств (минуя пищеварительный тракт) осуществляется посредством инъекций: внутрикожной, подкожной, внутримышечной, внутривенной, внутриартериальной; в брюшную, плевральную полости, в сердце, в спинномозговой канал, в болезненный очаг, в костный мозг.

Преимуществами парентерального пути введения являются: быстрота действия, точность дозировки, поступление лекарственного средства в кровь в неизменном виде.

Недостатками введения является: обязательное участие обученного медицинского персонала, соблюдение асептики и антисептики, затруднение или невозможность введения лекарственного препарата при кровоточивости, повреждении кожи в месте инъекции.

Для инъекции пользуются шприцами и иглами. Существует две марки шприцев для инъекций: «Рекорд» и «Люер», имеющих незначительные различия. Вместимость шприцев для инъекций — 1, 2, 5, 10, 20 мл.

Перед сборкой шприца и выполнением инъекций медицинская сестра должна тщательно вымыть руки с мылом теплой проточной водой (соблюдается гигиенический уровень мытья рук), вытереть их индивидуальным полотенцем, надеть перчатки. Стерильный материал брать только стерильным пинцетом.

Осложнения при парентеральном применении лекарственных средств

Наиболее частыми осложнениями являются: инфильтраты, абсцессы, флегмоны, некрозы, аллергическая реакция. Причиной этому служит нарушение асептики: использование нестерильных шприцев, недостаточная обработка рук медицинской сестры, а также нарушение техники введения лекарственных средств, незнание аллергологического анамнеза. Особое внимание нужно обратить на инъекции растворов анальгина, эуфиллина, кордиамина, кокарбоксилазы, камфоры, дибазола, папаверина, витамина B_6, но-шпы и особенно 25% р-ра сернокислой магнезии.

Если же нарушены правила асептики при введении лекарственного средства, то уже в первые сутки отмечаются признаки воспалительного инфильтрата. Появляется болезненное уплотнение в месте инъекции, покраснение кожи, местная температурная реакция. О возникновении осложнений необходимо срочно сообщить врачу. Врач может назначить согревающие компрессы, УВЧ.

Если помощь не оказана, может развиться абсцесс — гнойное расплавление тканей. Отмечается общая температурная реакция, сильная боль постоянного характера, выраженная гиперемия, флюктуация. Необходимо вызвать врача-хирурга, так как лечение этого осложнения только хирургическое.

Профилактика инфильтратов, абсцессов:

1. Медицинская сестра процедурного кабинета должна работать в спецодежде, соблюдать правила асептики и антисептики при выполнении инъекций.

2. Правильно выполнять технику инъекций, брать длинную тонкую иглу (8 см) соответственно толщине подкожно-жирового слоя для внутримышечной инъекции.

3. Инъекции выполнять только стерильными одноразовыми шприцами.

4. Перед выполнением инъекции тщательно пропальпировать ткани. Если есть глубокое уплотнение, то в этом месте нельзя делать инъекцию.

5. Нельзя вводить иглу в ткани «шлепком», так как нарушается стерильность, невозможно точно выбрать место прокола и ввести иглу на достаточную глубину.

6. При введении масляных растворов, суспензий после прокола тканей необходимо потянуть поршень шприца на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд.

7. Нельзя вводить холодные растворы (из холодильника). Масляные растворы подогреваются до 37–38 °С.

8. После инъекции рекомендуется применять тепло для улучшения всасывания лекарства.

9. Гипертонические растворы (анальгин, сернокислая магнезия) следует разводить новокаином или физиологическим раствором для быстрого всасывания.

10. Строго соблюдать санитарно-противоэпидемический режим.

Чаще всего постинъекционные абсцессы локализуются в области ягодицы, преимущественно у женщин, особенно имеющих избыточный вес. Иногда вводят лекарства в поясничную область, область тазобедренного сустава, что недопустимо.

Об аллергической реакции (крапивница, острый насморк, острый конъюнктивит, отек Квинке) следует немедленно сообщить врачу!

Самой грозной формой аллергической реакции является анафилактический шок. Он может возникнуть при введении антибиотиков, вакцин, различных белковых препаратов и других лекарственных средств.

Правила раздачи лекарственных средств

Медицинская сестра должна проверить срок годности, срок изготовления лекарственного средства, внимательно прочитать название, дозировку, сверить его с назначением врача, оценить лекарственное средство по внешнему виду, дать пациенту и сделать отметку в листе назначений лекарственных средств о сроке введения, поставить свою подпись.

Пероральный прием проводится в присутствии медицинской сестры. Применение наркотических средств проводится только в присутствии врача с отметкой в истории болезни, листе назначения, журнале учета наркотиков.

Средства с пометкой «до еды» пациент принимает за 15–30 минут до приема пищи, с пометкой «после еды» — через 15–30 минут после приема пищи. Средства, предназначенные для приема «натощак» (противоглистные, слабительные и другие), пациент принимает утром, после сна. Лекарственные средства, обладающие снотворным эффектом, принимаются за 30 минут до сна.

Медицинская сестра обязана предупредить пациента о возможных побочных действиях лекарственного средства перед приемом, если они существуют.

Таблетки, не имеющие черту, делить на части нельзя.

Прием лекарственных средств осуществляется в соответствии с аннотацией или рекомендацией врача.

Запрещается:

1. Хранить лекарственные средства вместе с дезинфицирующими средствами.

2. Выдавать лекарственные средства без назначения врача, заменять одни лекарственные средства другими, предварительно раскладывать лекарства в ячейки, мензурки, пакеты и другие упаковки.

3. Отсыпать, отливать лекарственные средства из аптечной упаковки, делать самостоятельные надписи.

Наружный путь введения лекарственных средств

Введение лекарственных средств в дыхательные пути путем их вдыхания, называется *ингаляцией*. Лекарственное средство находится во флаконе-ингаляторе в виде аэрозоля. Ингаляторы бывают стационарные, портативные, карманные. С помощью ингалятора лекарственное средство вводят через рот или нос.

Правила пользования карманным ингалятором (баллончиком)

1. Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном.
2. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем.
3. Сделать глубокий выдох.
4. Охватить губами мундштук баллончика, голову слегка запрокинуть назад.
5. Сделать глубокий вдох и одновременно плотно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля.
6. Задержать дыхание на 5–10 секунд, затем вынуть мундштук баллончика изо рта и сделать медленный выдох.
7. После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.

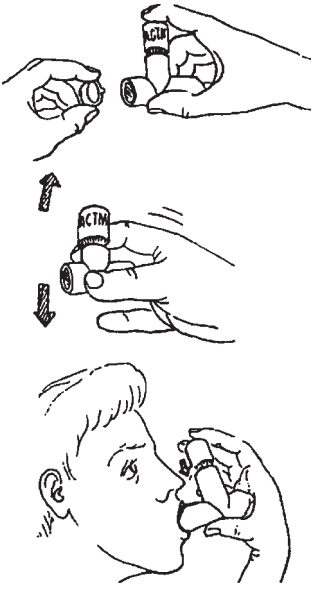


Рис. 53. Правила пользования карманным ингалятором

Помните: чем глубже вводится доза аэрозоля, тем он эффективнее.

> **Примечание:** при введении дозы аэрозоля в нос необходимо помнить, что голова должна быть наклонена к противоположному плечу и запрокинута слегка назад. При введении в правую ноздрю лекарственного средства необходимо прижать левое крыло носа к перегородке.

Помощь при анафилактическом шоке

Показания: прекратить поступление аллергена в организм. Восстановить функцию жизненно-важных органов.

Обязательные условия: наблюдение за пациентом в течение суток (во избежание рецидива).

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	ОБОСНОВАНИЕ
1. Оценить тяжесть состояния пациента и обеспечить вызов врача.	
2. Немедленно прекратить введение аллергена.	Наложить жгут выше места инъекции (если это конечность).
3. Уложить пациента и зафиксировать язык: голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить зубные протезы, приподнять ножной конец кровати.	Для предупреждения асфиксии. Для улучшения кровоснабжения головного мозга и увеличения притока крови к сердцу.
4. Выполнять назначения врача: ввести 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 5 мл физраствора.	Для сужения кровеносных сосудов и замедления всасывания аллергена.
5. Подать пузырь со льдом.	Холод на место инъекции.
6. Обеспечить доступ свежего воздуха. Подать увлажненный кислород.	Улучшается оксигенация тканей.
7. Подготовить инструментарий и все необходимое: – систему для в/в введения, шпри-	Для снятия аллергической реакции, восстановления сердечной деятельности и

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	ОБОСНОВАНИЕ
цы и иглы для в/м, п/к инъекций; – аппарат ИВЛ, набор для интубации трахеи, стандартный набор лекарственных средств (УКЛАДКУ «ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ»).	повышения АД, для снятия отека слизистой верхних дыхательных путей и профилактики возможных осложнений.
8. Обеспечить в/в введение лекарственных средств по назначению врача: – п/к ввести 0,5–1 мл 0,1% раствора адреналина в месте введения аллергена и капельно.	При необходимости повторять через каждые 10–15 минут введение адреналина.
9. Ввести кортикостероиды парентерально: 30–60 мг (до 150 мл) преднизолона или 150–300 мг гидрокортизона в 10–15 мл 5% раствора глюкозы.	Для снятия аллергической реакции.
10. Ввести антигистаминные (десенсибилизирующие) средства: 1% р-р супрастина 2,0–4,0 мл; 0,25% р-р пипольфена 2,0–4,0 мл; 1% р-р димедрола 2,0–5 мл, парентерально.	Для снятия отека слизистой верхних дыхательных путей и с десенсибилизирующей целью.
11. По показаниям ввести сердечные гликозиды: строфантин 0,05% – 0,5 мл в 10 мл физиологического раствора в/в; 0,06% – 1 мл коргликона в 10 мл физиологического раствора в/в очень медленно; мочегонные: лазикс (фурасемид) 40–60 мл раствора в/в.	При появлении признаков сердечной недостаточности.
12. 2,4% раствор эуфиллина 10,0 внутривенно 10 мл физиологического раствора.	При асфиксии и удушьи.
13. Вести кордиамин 2,0, кофеин 2,0.	Для восстановления сердечной деятельности и повышения АД.
14. Провести реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, интубацию бронхов).	При необходимости.
15. Госпитализировать в реанимационное отделение.	

Введение лекарственных средств в глаза, нос, уши

Туалет полости носа взрослого пациента с помощью масляных растворов

Цель: удалить содержимое полости носа.

Оснащение: стерильные пипетки, вазелиновое масло (или растительное), ватные турунды на лотке, малые салфетки, резиновый баллончик или электроотсос, маска, перчатки.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить его согласие на ее выполнение.

2. Попросить лечь пациента и слегка запрокинуть голову.

3. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

Выполнение процедуры

1. Набрать в пипетку 4–5 капель масляного раствора (прочитать название, определить срок годности) для каждой половины носа.

2. Приподнять кончик носа.

3. Закапать в обе половины носа по 2–3 капли лекарственного средства.

4. Попросить пациента полежать 2–3 минуты.

5. Взять турунду, ввести в нижний носовой ход одной ноздри, удалить содержимое.

6. Сменить турунду, удалить содержимое другой ноздри с помощью ватной турунды или попросить пациента высморкать без напряжения отдельно каждую ноздрю.

> **Примечание:** больным, находящимся в тяжелом состоянии, содержимое полости носа удаляется электроотсосом.

Окончание процедуры

1. Помочь пациенту встать (при необходимости), расспросить о самочувствии.

2. Погрузить пипетку, резиновый баллончик, заполнив полости, а также турунды в дезраствор.

3. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и осушить руки.

4. Произвести регистрацию процедуры и реакцию на нее пациента в медицинской карте.

Закапывание капель в глаза, нос, уши

Оснащение: стерильные — лоток, пипетки, марлевые шарики, ватные тампоны, турунды, грушевидный баллончик.

Необходимое условие: лекарственное средство проверить на пригодность в соответствии с назначением врача: название, концентрацию, срок годности, целостность флакончика с лекарственным средством; оценить внешний вид применяемого лекарственного средства.

Закапывание капель в глаза

1. Подогреть капли до 36–37 °С.

2. Усадить пациента лицом к свету со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.

3. Набрать лекарственное средство в пипетку правой рукой, а в левую руку взять стерильный марлевый тампон.

4. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого тампона.

5. Предложить пациенту посмотреть вверх (если это возможно).



6. Выпустить медленно 1–2 капли лекарственного средства в конъюнктивальный мешок, ближе к носу.

7. Предложить пациенту закрыть глаза (лекарственный раствор не должен вытекать).

8. Опустить пипетку в емкость для кипячения.

Рис. 54. Закапывание капель в глаз

Закапывание капель в нос

1. Подогреть капли до 36–37 °С.
2. Очистить носовые ходы.
3. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.
4. Взять ватные шарики в правую руку, прижав их к ладони мизинцем.
5. Взять пипетку в правую руку, набрать лекарственное средство.
6. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.
7. Ввести пипетку в носовой ход на глубину 1–1,5 см, стараясь не касаться его стенок.
8. Закапать 4–5 капель на слизистую перегородки носа.
9. Прижать тампоном крыло носа к перегородке.

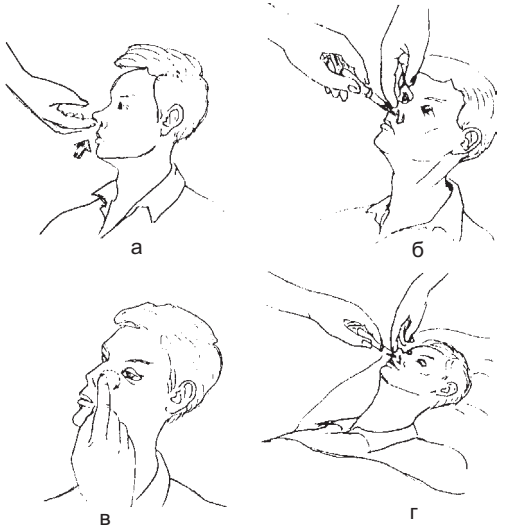


Рис. 55. Закапывание в нос сосудосуживающих капель (а–в) и масляного раствора (г)

10. Наклонить голову пациента в ту сторону, куда введено лекарственное средство.

11. Закапать через 1–2 мин в другой носовой ход лекарственное средство в той же последовательности.

12. Продезинфицировать пипетки.

Закапывание капель в ухо

Цель: лечебная.

Показания: болевые ощущения и воспалительный процесс в ухе.

Оснащение: лекарственное средство в аптечной упаковке; стерильные пипетка, лоток; лоток для отработанного материала; ватные шарики; резиновые перчатки; водяная баня; ватные жгутики (турунды).

Подготовка к процедуре

1. Подготовить все необходимое оснащение.

2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.

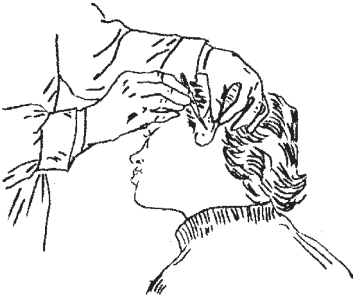
3. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить согласие.

4. Подготовить руки к работе, надеть перчатки.

5. Подогреть лекарственный раствор до температуры тела на водяной бане.

Выполнение процедуры

1. Усадить пациента на кушетку (на стул).



2. Голову повернуть на здоровую сторону.

3. При наличии отделяемого из уха — очистить слуховой проход ватными жгутами (турундами).

4. Сбросить турунды в лоток с дезинфицирующим раствором.

Рис. 56. Закапывание капель в ухо

5. Набрать в пипетку лекарственное вещество, одну каплю капнуть себе на тыльную сторону кисти руки.

6. Оттянуть левой рукой мочку уха пациента в сторону и вверх, правой рукой держать пипетку и отсчитывать капли (2–3 капли в ухо).

7. Ввести в наружное ухо пациента ватный тампон.

8. Пациент находится в данном положении 10–15 мин.

Окончание процедуры

1. Пипетку сбросить в лоток с дезраствором.

2. Снять перчатки, вымыть и высушить руки.

Промывание наружного слухового прохода

Цель: удалить содержимое наружного слухового прохода.

Оснащение: 1. На стерильном лотке — шприц Жанэ или резиновый (грушевидный) баллончик, емкость для лекарственного средства, ватные шарики, пинцет.

2. Лекарственное средство по назначению врача, маска, перчатки, полотенце, клеенчатая пелерина.

3. Лоток для использованного материала, мешок для использованного белья.

4. Емкости для дезинфекции использованных предметов.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.

2. Дать информацию пациенту о лекарственном средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.

3. Попросить пациента сесть боком к исполнителю процедуры.

4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

5. Заполнить стерильную емкость лекарственным средством, подогретым до 37 °С на водяной бане.

6. Положить пациенту на плечо полотенце, сверху клеенчатую пелерину.

7. Попросить пациента подержать почкообразный лоток, в который будет вытекать лекарственное средство, плотно прижав его к шее.

8. Набрать в шприц (или в грушевидный баллончик) лекарственное средство.

Выполнение процедуры

1. Проверить температуру лекарственного средства, капнув его себе на тыльную сторону предплечья.

2. Оттянуть ушную раковину назад и кверху у взрослого и назад и книзу — у ребенка.

3. Направить конус шприца в сторону верхнезадней стенки слухового прохода, опираясь на пальцы своей кисти, удерживающие ушную раковину.

4. Ввести лекарственное средство, надавливая на поршень.

5. Просушить слуховой проход ватными шариками и закрыть сухим шариком.

Примечание: повторить процедуру при необходимости.

6. Убрать лоток с промывными водами, продезинфицировать.

7. Убрать полотенце и пелерину, положить в мешок для использованного белья.

8. Погрузить тампоны в дезраствор и шприц (или грушевидный баллончик) в разные емкости.

Окончание процедуры

1. Спросить пациента о самочувствии.

2. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

3. Произвести регистрацию процедуры и реакции на нее пациента в медицинской карте.

Введение мази в нос

Цель: обеспечение терапевтического эффекта.

Оснащение: ватные турунды, лоток, салфетки, мазь.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.

2. Дать информацию пациенту о лекарственном средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.

3. Попросить лечь пациента (или сесть) и слегка запрокинуть голову.

4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

5. Попросить пациента освободить носовую полость от слизи, используя салфетки (высморкаться без напряжения, поочередно из каждой ноздри).

Выполнение процедуры

1. Нанести на две ватные турунды мазь, положить в лоток.

2. Приподнять кончик носа пациента.

3. Ввести турунду вращательным движением в нижний носовой ход с одной стороны на 2–3 мин.

4. Повторить пункты 2, 3 для введения мази в другую половину носа.

Окончание процедуры

1. Помочь пациенту встать (при необходимости), расспросить о самочувствии.

2. Погрузить турунды в дезраствор с моющим эффектом.

3. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

4. Произвести регистрацию процедуры и реакции на нее пациента в медицинской карте.

Введение порошка в полость носа

Цель: обеспечение терапевтического эффекта.

Оснащение: порошковдуватель, лекарственное средство.

Обязательное условие: провести туалет носовых ходов (см. выше).

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.

2. Дать информацию пациенту о лекарственном

средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.

3. Попросить пациента лечь или сесть.

4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

Выполнение процедуры

1. Заполнить порошковдуватель лекарственным средством.

2. Попросить пациента слегка запрокинуть голову.

3. Ввести наконечник порошковдувателя в преддверие носа.

4. Нажать резиновый баллончик поочередно в каждую ноздрю.

Окончание процедуры

1. Помочь пациенту встать (при необходимости), расспросить о самочувствии.

2. Погрузить наконечник порошковдувателя в дезраствор.

3. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

4. Произвести регистрацию процедуры и реакции на нее пациента в медицинской карте.

Закладывание глазной мази в конъюнктивальный мешок

Цель: оказание терапевтического эффекта.

Оснащение:

1. На стерильном лотке — стерильные марлевые шарики, ватные шарики, стерильные глазные палочки с «пуговкой» на одном конце.

2. Глазная мазь — по назначению врача — в тюбике или другой упаковке.

3. Лоток для использованного материала.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.

2. Дать информацию пациенту о лекарственном средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.

3. Попросить пациента лечь или сесть.

4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

5. Подогреть мазь до температуры тела на водяной бане или согрев в руке.

Выполнение процедуры

1. Выдавить из тюбика или набрать глазную мазь (в размере спичечной головки) стерильной глазной палочкой (со стороны «пуговки»).

2. Подвести палочку со стороны виска к глазной щели (в правый глаз — левой рукой, в левый глаз — правой рукой).

3. Оттянуть большим пальцем свободной руки нижнее веко глаза вниз.

4. Поместить глазную мазь в нижний конъюнктивальный свод.

5. Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательными движениями по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко и попросить пациента закрыть глаз.

6. Произвести легкий круговой массаж через сомкнутые веки стерильным ватным шариком.

7. Протереть веки от наружного к внутреннему углу глаза стерильным марлевым тампоном через 5 минут.

Окончание процедуры

1. Помочь пациенту встать (при необходимости), расспросить о самочувствии.

2. Погрузить тампоны в дезраствор.

3. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

4. Произвести регистрацию процедуры и реакцию на нее пациента в медицинской карте.

Смазывание слизистой глотки

Цель: оказание терапевтического эффекта.

Оснащение:

1. На стерильном лотке — стерильные шпатель, вата, стержень металлический.

2. Лекарственное средство (по назначению врача), маска, перчатки.

3. Лоток для использованного материала.

4. Емкости для дезинфекции использованных предметов и тампонов.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.

2. Дать информацию пациенту о лекарственном средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.

3. Попросить пациента сесть.

4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

Выполнение процедуры

1. Туго навернуть вату на металлический стержень.

2. Смочить тампон в лекарственном средстве, слегка отжать тампон о край флакона, положить в лоток.

3. Попросить пациента открыть рот.

4. Взять шпатель в левую руку и нажать им на середину языка, ближе к корню.

5. Осмотреть небные миндалины, заднюю стенку глотки.

6. Правой рукой взять тампон и смазать небные миндалины и заднюю стенку глотки.

7. Погрузить шпатель и тампон со стержнем в дезраствор, в разные емкости.

Окончание процедуры

1. Спросить пациента о самочувствии.

2. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

3. Произвести регистрацию процедуры и реакцию на нее пациента в медицинской карте.

Проведение орошения глотки

Цель: оказание терапевтического эффекта.

Оснащение:

1. На стерильном лотке — шприц или резиновый баллончик, шпатель.
2. Лекарственное средство (по назначению врача), маска, перчатки.
3. Лоток для использованного материала.
4. Емкости для дезинфекции использованных предметов.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры.
2. Дать информацию пациенту о лекарственном средстве и его побочных действиях и получить согласие пациента на выполнение процедуры.
3. Попросить пациента сесть.
4. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
5. Набрать в шприц (или в грушевидный баллончик) лекарственное средство.
6. Попросить пациента держать под подбородком почкообразный лоток, в который нужно сплевывать лекарственное средство.

Выполнение процедуры

1. Попросить пациента слегка наклонить голову над лотком, открыть рот и задержать дыхание в момент выполнения процедуры.
2. Ввести конус шприца в полость рта и оросить лекарственным средством миндалины и заднюю стенку глотки.

> **Примечание:** при необходимости — нажать на корень языка шпателем и оросить глотку.

3. Повторить процедуру при необходимости.
4. Погрузить шприц в дезраствор.

Окончание процедуры

1. Спросить пациента о самочувствии.
2. Снять маску, продезинфицировать перчатки, снять их, вымыть и высушить руки.

Парентеральный путь введения лекарственных средств. Внутрикожная инъекция

Цель: диагностическая, применяется для проведения аллергологических проб, профилактических прививок.

Оснащение: шприц туберкулиновый или шприц однократного применения, вместимостью 1 мл, игла длиной 15 мм, сечением 0,4 мм, стерильная игла в упаковке для набора лекарственного средства, лекарственное средство, спирт этиловый 70% (или другой кожный антисептик), лоток, три стерильных ватных шарика, маска, перчатки латексные, емкости для дезинфекции использованных шприцев, игл и ватных шариков.

Подготовка к процедуре

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.

2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие, убедиться, что нет противопоказаний для применения данного средства.

3. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.

4. Проверить пригодность лекарственного средства (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду).

5. Сверить назначения врача.

> **Примечания:** лекарственные средства с истекшим сроком годности, с повреждениями ампул, флаконов, изменениями внешнего вида использованию не подлежат.

6. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) тампоном, смоченным спиртом.

7. Вскрыть пакет, собрать шприц.

8. Набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства.

9. Сменить иглу, надеть на конус шприца иглу для внутрикожной инъекции, выпустить воздух из шприца так, чтобы в нем осталась заданная доза. Надеть колпачок.

10. Положить шприц на стерильный лоток или в стерильную упаковку.

Выполнение процедуры

1. Усадить пациента, положить руку передней поверхностью предплечья вверх.

2. Взять шприц в правую руку срезом иглы вверх, снять колпачок.

3. Обработать дважды разными тампонами кожу в области средней трети передней поверхности предплечья пальцами левой руки, сбросить шарики в дезраствор.

4. Натянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки. Ввести в кожу только срез иглы под углом 5° к поверхности тела пациента.

5. Зафиксировать вторым пальцем иглу, прижав ее к коже.

6. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.

7. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.

8. Взять ватный шарик, смоченный спиртом, и легким касательным движением обработать место инъекции.

> **Примечание:** не прижимать к месту инъекции стерильную вату, смоченную спиртом.

Проверить, нет ли выделения крови из места прокола.

Окончание процедуры

1. Объяснить пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода до определения реакции (если инъекция выполнялась с диагностической целью).

2. Провести дезинфекцию шприца, игл, ватных тампонов.

3. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.

4. Вымыть и высушить руки.

5. Сделать запись о выполнении процедуры в листе назначения.

Подкожная инъекция

Цель: введение лекарственных средств с лечебной целью.

Оснащение: шприц 1–2 мл однократного применения; игла 20 мм сечением 0,4 мм, дополнительная игла для набора лекарственного средства; лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой, сложенной в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым, а пинцетом под вторым слоем; 70% этиловый спирт; ампула с лекарственным средством; перчатки; емкость с дезинфицирующим раствором.

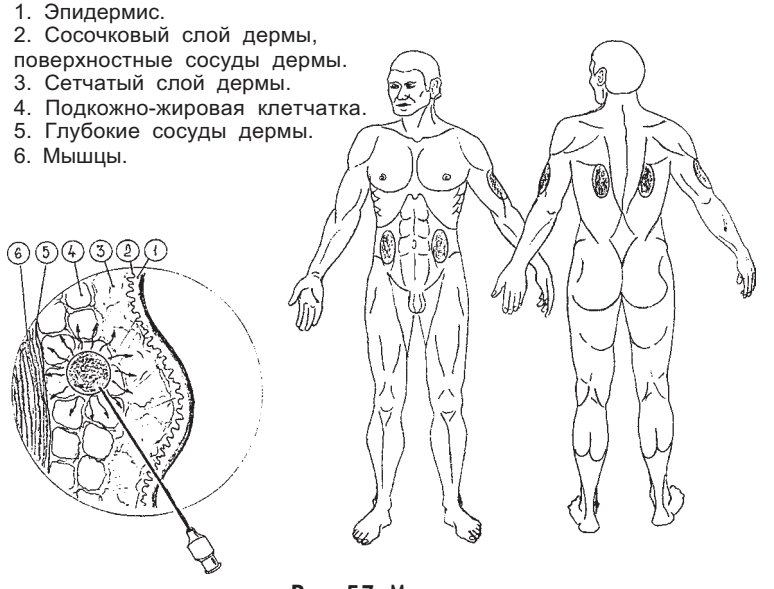


Рис. 57. Места введения подкожных инъекций

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, оценить состояние.	
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.	Убедиться, что нет противопоказаний к данному лекарственному средству.
3. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.	
4. Вскрыть пакет и собрать шприц.	
5. Обработать шейку ампулы тампоном, смоченным спиртом, двукратно.	Прочитать название масляного лекарственного средства, сверить с листком назначения дозу, определить срок годности.
6. Набрать лекарственное средство в шприц в нужной дозе.	Доза определяется только врачом!
7. Снять иглу, сбросить в емкость с дезраствором.	
8. Надеть иглу для подкожной инъекции, выпустить воздух.	
9. Надеть колпачок на иглу.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Усадить пациента на кушетку или уложить.	Положение зависит от места введения и состояния пациента.
2. Пропальпировать место инъекции.	Места введения для подкожной инъекции — наружная поверхность плеча, переднебоковая поверхность бедра, подлопаточные области, переднебоковая поверхность брюшной стенки с развитой подкожно-жировой клетчаткой, отсутствием крупных кровеносных сосудов.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
3. Снять колпачок со шприца, выпустить воздух.	
4. Обработать дважды кожу передненаружной поверхности плеча спиртом (тампоны сбросить в емкость с 3% раствором хлорамина).	Вначале обрабатывается большая зона, примерно 10х10 см, затем только место инъекции одним мазком.
5. Собрать кожу в складку первым и вторым пальцами левой руки.	Определить толщину подкожно-жирового слоя.
6. Ввести иглу в основание складки под углом 45° на 2/3 ее длины.	
7. Ввести лекарственное средство первым пальцем левой руки.	Руки не менять с целью профилактики осложнений — повреждения иглой подлежащих тканей.
8. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом, на область инъекции.	
9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.	
10. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая тампон от кожи.	Это способствует всасыванию раствора.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Шприц и иглы поместить в емкость с 3% раствором хлорамина.	Предварительно необходимо промыть шприц от лекарственного средства в промывных водах или дезрастворе.
2. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.	
3. Вымыть и высушить руки.	
4. Помочь пациенту занять удобное положение.	
5. Оценить реакцию пациента на процедуру.	В норме реакция пациента на процедуру адекватная.
6. Сделать отметку о проделанной процедуре в листе назначений.	Это является обязательным условием для контроля количества выполненных инъекций.

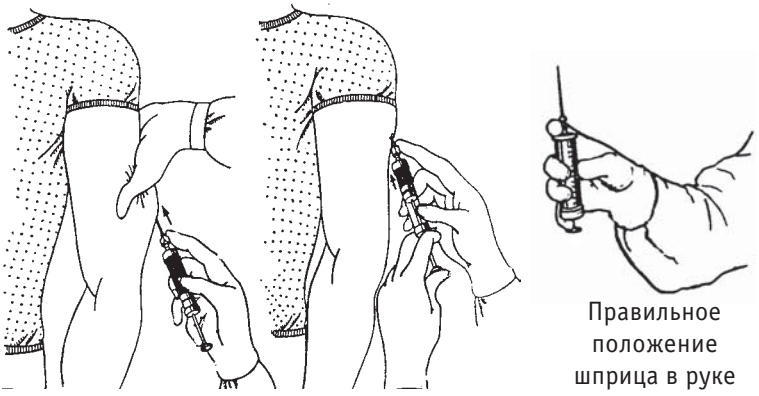


Рис. 58. Техника подкожной инъекции

Применение инсулина

Инсулин дозируют в ЕИ (единица инсулина). Он выпускается во флаконах по 5 мл, в 1 мл содержится 40 ЕИ, 80 ЕИ и 100 ЕИ. Инсулин вводят специальным инсулиновым шприцем, учитывая, что одно деление шприца соответствует 4 ЕИ. Перед введением флакон согреть до 37–38 °С, игла должна быть острой, шприц и иглы нельзя стерилизовать спиртом.

Осложнения после введения инсулина:

1. *Аллергическая реакция* (местная гиперемия, крапивница).

2. *Постинсулиновая липодистрофия* (дистрофия подкожно-жирового слоя).

Расчет и введение инсулина подкожно

Цель: снижение уровня глюкозы в крови, введение точной дозы в определенное время.

Показания:

Внимание! Строго по назначению врача!

– сахарный диабет 1-го типа;

– гипергликемическая кома.

Противопоказания: гипогликемическая кома, аллергическая реакция на данный инсулин.

Оснащение: флакончик с раствором инсулина, содержащий в 1 мл 40 ЕД (80 ЕД или 100 ЕД); стерильные: лоток, пинцет, ватные шарики, одноразовые инсулиновые шприцы; спирт 70%.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Убедиться, что нет противопоказаний к применению данного инсулина.	Противопоказаниями являются: гипогликемическая кома, аллергическая реакция на данный инсулин.
2. Убедиться в пригодности инсулина для подкожного введения.	Прочитать надпись на флаконе: – название, дозу, срок годности, провести визуальный контроль качества флакончика с инсулином.
3. Подогреть флакончик с инсулином до температуры тела 36–37 °С на водяной бане.	Можно подержать флакончик в руке 3–5 минут.
4. Взять инсулиновый шприц в упаковке, проверить годность, герметичность упаковки, вскрыть пакет.	Определить цену деления шприца.
5. Вскрыть крышку флакончика, прикрывающую резиновую пробку.	Дальнейшие действия требуют соблюдения правил асептики.
6. Протереть резиновую пробку ватными шариками со спиртом двукратно, отставить флакончик в сторону, дать высохнуть спирту.	Попадание спирта в раствор инсулина приводит к его инактивации.
7. Помочь пациенту занять удобное положение.	
8. Набрать в шприц заданную дозу инсулина в ЕД из флакончика и дополнительно набрать 1–2 ЕД инсулина, надеть колпачок, положить в лоток.	Дополнительные 1-2 ЕД набираются для того, чтобы не уменьшить дозу при выпускании воздуха из шприца перед инъекцией.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными тампонами, смоченными спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции. Дать коже высохнуть.	Места для подкожных инъекций: 1. Верхняя наружная поверхность плеча. 2. Верхняя наружная поверхность бедра. 3. Подлопаточная область. 4. Передняя брюшная стенка. *Нельзя делать инъекции инсулина в одно и то же место.*
2. Снять колпачок со шприца, выпустить воздух.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
3. Взять кожу в складку первым и вторым пальцами левой руки.	Определить толщину подкожно жирового слоя в складке.
4. Ввести быстрым движением иглу под углом 30–45° в середину подкожно жирового слоя на длину иглы, держа ее срезом вверх.	Угол введения инсулина можно изменить в зависимости от толщины подкожно-жирового слоя (до 90°).
5. Освободить левую руку, отпустив складку.	
6. Ввести медленно инсулин.	
7. Прижать сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции и быстрым движением извлечь иглу.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Накормить пациента.	
2. Продезинфицировать шприц и ватные шарики, снять перчатки и положить в емкость для дезинфекции.	Дезинфекция проводится согласно действующим приказам.

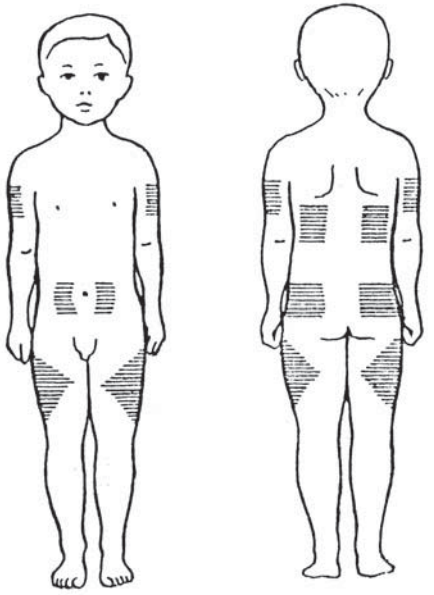


Рис. 59. Места инъекций инсулина (показаны штриховкой)

Расчет и введение гепарина

Цель: снизить свертываемость крови и ввести точную дозу гепарина.

Оснащение:

– флаконы с раствором гепарина, содержащие в 1 мл 5 тыс. ЕД;

– *антагонисты гепарина*: сульфат протамина 1%, дицион 1–2 мл в/в или в/м.

– шприц 1–2 мл однократного применения; игла 20 мм, сечением 0,4 мм, дополнительная игла для набора лекарственного средства; лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой, сложенной в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым, а пинцетом — под вторым слоем; 70% этиловый спирт; ампула с лекарственным средством; перчатки; емкость с дезинфицирующим раствором.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, оценить его состояние.	
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.	Убедиться, что нет противопоказаний к данному лекарственному средству: анемии, язвенной болезни, заболеваний крови, сопровождающихся замедлением ее свертывания.
3. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.	
4. Вскрыть пакет и собрать шприц.	
5. Обработать крышку флакона тампоном, смоченным спиртом, двукратно.	Прочитать название, сверить с листком назначения дозу, определить срок годности.
6. Набрать лекарственное средство в шприц в нужной дозе, подняв флакон вверх дном.	Доза определяется только врачом!
7. Снять иглу, сбросить в емкость с дезраствором.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
8. Надеть иглу для подкожной инъекции, выпустить воздух.	
9. Надеть колпачок на иглу.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Усадить пациента на кушетку или уложить.	Положение зависит от места введения и состояния пациента.
2. Выполнить подкожную инъекцию.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Шприц и иглы поместить в емкость с 3% раствором хлорамина.	Предварительно необходимо промыть шприц от лекарственного средства в промывных водах или дезрастворе.
2. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.	
3. Вымыть и осушить руки.	
4. Помочь пациенту занять удобное положение.	
5. Оценить реакцию пациента на процедуру.	В норме реакция пациента на процедуру адекватная.
6. Следить за цветом мочи, цветом кожных покровов, за пульсом, АД, местами инъекций. При необходимости по назначению врача ввести антагонисты гепарина: сульфат протамина 1%, диционон 1–2 мл в/в или в/м.	При возникновении осложнений немедленно сообщить лечащему врачу. Своевременно выявлять геморрагические осложнения: контроль коагулограммы — основной показатель (время свертывания крови). Осложнения говорят о передозировке гепарина и возникновении внутренних кровотечений.
7. Сделать отметку о проделанной процедуре в листе назначений и реакции на нее.	Это является обязательным условием для контроля количества выполненных инъекций и реакции на нее.

Внутримышечная инъекция

Цель: введение лекарственных средств в середину мышечного слоя.

Показания: назначения врача.

Оснащение:

– одноразовый шприц (10 мл) с иглами (2), длина иглы 40–60 мм, сечение 0,8–1,0 мм;

– лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой в 4 слоя, с марлевыми тампонами, пинцетом;

– 70%-ный этиловый спирт;

– ампула с лекарственным средством;

– перчатки латексные, стерильные;

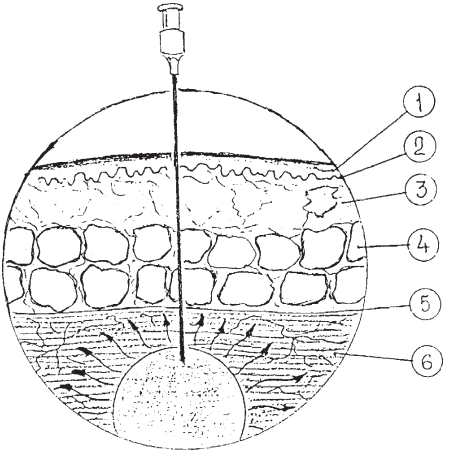
– емкости с дезрастворами.

Обязательное условие: соблюдать места введения; пациент должен находиться в положении лежа.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Подготовить все необходимое оснащение.	Обеспечение четкости и эффективности проведения процедуры.
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в процедуре.
3. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить согласие.	Обеспечение права на информацию.
4. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вскрыть пакет, собрать шприц, обработать шейку ампулы тампоном, смоченным спиртом, двукратно.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Набрать лекарственное средство (дозу, назначенную врачом).	Масляный раствор подогреть до 37 °С.
3. Снять иглу, сбросить в емкость с дезраствором.	
4. Надеть иглу для внутримышечной инъекции, выпустить воздух, надеть колпачок на иглу.	Профилактика воздушной эмболии, соблюдение стерильности.
5. Уложить пациента в удобную позу.	Соблюдение условия внутримышечной инъекции с целью профилактики осложнений.
6. Пропальпировать место инъекции.	Выявление уплотнения, болезненности.
7. Обработать дважды кожу верхненаружного квадранта ягодицы спиртом.	Обеззараживание инъекционного поля, сначала зона 10х10 см, затем только место инъекции.
8. Растянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки, фиксируя ее.	Соблюдение техники.
9. Ввести иглу под прямым углом на глубину 5–6 см.	При введении масляных растворов убедиться, что игла не попала в сосуд, потянув поршень на себя. Исключить попадание в сосуд масляных растворов.
10. Ввести лекарственное средство первым пальцем левой рукой.	Не менять руки во избежание повреждения тканей.
11. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом, в область инъекции.	Профилактика осложнений, соблюдение инфекционной безопасности.
12. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
13. Сделать легкий массаж места инъекции, не отрывая вату от кожи.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить шприц с иглой в емкость с 3%-ным раствором хлорамина.	Профилактика передачи инфекционных заболеваний.
2. Помочь пациенту занять удобное положение, укрыть. Оценить реакцию пациента на процедуру.	
3. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.
5. Сделать запись о проделанной процедуре.	



1. Эпидермис
2. Базальная мембрана
3. Дерма
4. Подкожно-жировая клетчатка
5. Фасция
6. Мышцы

Рис. 60. Введение иглы в мышцу

Расчет, разведение и введение антибиотиков внутримышечно

Цель: для достижения терапевтического эффекта.

Оснащение:

– стерильные: шприц однократного применения (5–10 мл) с иглами для инъекции длиной 60–80 мм, сечением 0,8–1,0 мм и иглой для набора лекарственного средства;

– лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым слоем и пинцетом под вторым слоем салфетки;

– 70% этиловый спирт;

– ампула с лекарственным средством;

– перчатки латексные, стерильные;

– емкости с дезрастворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доброжелательные отношения с пациентом. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие.	Убедиться, что нет противопоказаний для применения данного антибиотика.
2. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.	
3. Проверить пригодность антибиотика и растворителя (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, внешний вид).	Сверить назначения врача. Лекарственные средства с истекшим сроком годности, с повреждениями ампул, флаконов, изменениями внешнего вида лекарственных средств использованию не подлежат.
4. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) тампоном, смоченным спиртом.	Обработке подлежат ампула или флакон с растворителем и флакончик с антибиотиком двукратно каждый.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
5. Вскрыть ампулу с растворителем, поставить аккуратно на манипуляционный стол.	Для разведения антибиотиков применяются следующие растворы: 1. Вода для инъекций в ампулах. 2. Раствор хлорида натрия 0,9% (изотонический, физиологический) во флаконах и ампулах. 3. Раствор новокаина 0,25–0,5% во флаконах и ампулах.
6. Вскрыть пакет, собрать шприц.	
7. Набрать в шприц необходимое количество растворителя.	ПРАВИЛО РАЗВЕДЕНИЯ На 100 000 ЕД (0,1 г) пенициллина или стрептомицина берется 1 мл растворителя. Все другие антибиотики разводятся соответственно аннотации к ним.
8. Взять флакон с сухим антибиотиком в левую руку, а в правой руке держать шприц с растворителем.	
9. Проколоть пробку в центре флакона под углом 90° и ввести иглу во флакон на 1–2 мм.	Перемещение иглы внутри флакона приводит к нарушению стерильности лекарственного средства. Возрастает возможность осложнений (инфицирования) у пациента.
10. Ввести растворитель из шприца во флакон, снять флакон вместе с иглой, положить шприц в стерильный лоток или стерильную упаковку.	
11. Осторожно встряхнуть флакон до полного растворения антибиотика.	Раствор во флаконе должен быть прозрачным, без примесей.
12. Надеть иглу с флаконом на конус шприца, поднять флакон вверх дном, набрать нужную дозу лекарственного средства.	Сверить с назначением врача.
13. Снять иглу с флаконом с конуса шприца.	
14. Надеть на конус шприца другую стерильную иглу для внутримышечной инъекции,	Следите за дозой лекарственного средства в шприце, назначенной врачом!

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
закрепить по часовой стрелке, выпустить воздух из шприца так, чтобы из иглы выделилось только 1–2 капли лекарственного средства, надеть колпачок на иглу.	
15. Положить шприц на стерильный лоток или в стерильную упаковку.	Соблюдайте асептику!
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента в удобную позу.	Пациент должен находиться в положении лежа.
2. Взять шприц в правую руку иглой вниз, фиксируя конус иглы мизинцем.	
3. Определить место для внутримышечной инъекции.	Это верхний наружный квадрант ягодицы, наружная поверхность бедер, при необходимости — средняя треть плеча (область дельтовидной мышцы).
4. Пропальпировать место инъекции, обработать дважды разными тампонами кожу пальцами левой руки, сбросить в дезраствор.	Пальпация места инъекции производится с целью выявления уплотнений, болезненности, что свидетельствует об осложнении. Делать инъекции в уплотненные и болезненные места противопоказано!
5. Растянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки.	Уменьшаются болезненные явления при проколе кожи.
6. Ввести иглу под прямым углом на глубину 5–6 см к поверхности тела пациента.	Лекарственное средство вводится в середину мышечного слоя.
7. Ввести лекарственное средство, надавливая на поршень, первым пальцем левой руки.	Не меняйте руки при введении лекарственного средства.
8. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом, к месту инъекции.	
9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.	
10. Придержать тампон, не отнимая его от кожи 1–2 мин.	Можно сделать легкий массаж места инъекции для улучшения процессов всасывания лекарственного раствора. Проверить, нет ли выделения крови из места прокола, при необходимости — сменить тампон и придержать еще несколько минут.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Провести дезинфекцию шприца, иглы, ватных тампонов.	Дезинфекция проводится в одном из регламентированных растворов, например 3% р-р хлорамина. Кушетка в процедурном кабинете обрабатывается 1% р-ром хлорамина, если она не имеет следов крови. В противном случае — 3% р-ром хлорамина.
2. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.	
3. Вымыть и осушить руки.	
4. Помочь пациенту занять удобное положение.	Оцените реакцию пациента на процедуру.
5. Сделать запись о выполнении процедуры в листе назначения и реакции пациента на процедуру.	

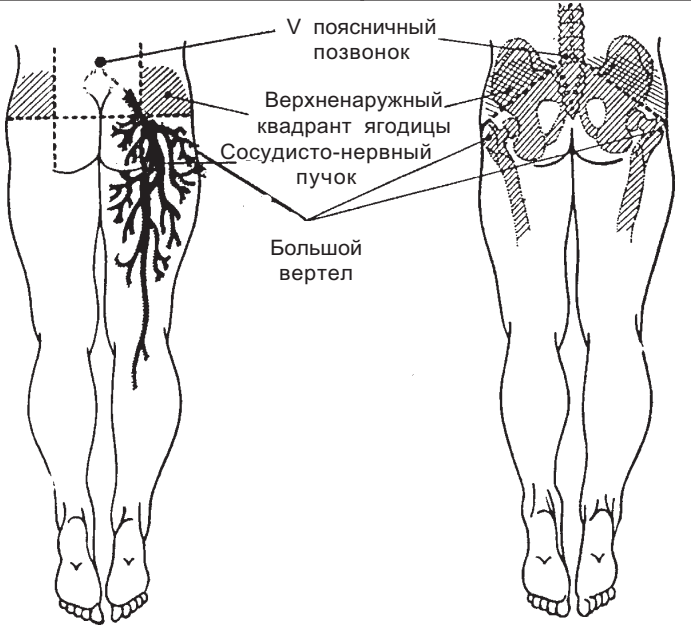


Рис. 61. Определение верхненаружного квадранта ягодицы

Введение масляных растворов внутримышечно

Цель: введение масляных лекарственных средств в середину мышечного слоя. Обеспечение терапевтического эффекта.

Показания: назначения врача.

Оснащение:

1. Одноразовый шприц емкостью 5–10 мл с иглами (2 шт.) длиной иглы 60–80 мм, сечением — 0,8–1,0 мм.
2. Лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой, сложенной в 4 слоя, с марлевыми тампонами, помещенными под первый слой, а пинцетом — под второй.
3. 70% этиловый спирт.
4. Ампула с масляным лекарственным средством.
5. Перчатки медицинские латексные, стерильные.
6. Емкости с дезинфицирующими растворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его состояние.	
2. Объяснить цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.	
3. Подготовить необходимое оснащение.	
4. Прочитать название масляного лекарственного средства, сверить с листком назначения дозу, определить срок годности.	
5. Вымыть и осушить руки.	
6. Надеть маску, надеть перчатки.	
7. Подогреть масляный раствор до 37 °С на водяной бане.	Измерить температуру воды, она должна быть на 1–2 ° выше, а температура масляного раствора равна 37 °С.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
8. Обработать шейку ампулы с масляным раствором тампоном, смоченным спиртом, двукратно.	Можно пользоваться другими кожными антисептиками для обработки кожи и ампул, флаконов.
9. Вскрыть пакет, собрать шприц.	
10. Набрать лекарственное средство.	В дозе, назначенной врачом.
11. Снять иглу, сбросить в емкость с дезраствором.	
12. Надеть иглу для внутримышечной инъекции, выпустить воздух, надеть колпачок на иглу, положить шприц во вскрытый пакет или в стерильный лоток под второй слой салфетки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Усадить пациента или уложить в удобную позу.	Положение пациента зависит от области в/м введения лекарственного средства: это верхний наружный квадрант ягодицы, наружная поверхность бедер, а при необходимости – верхняя треть плеча (область дельтовидной мышцы).
2. Пропальпировать место инъекции.	С целью профилактики осложнений, своевременного выявления уплотнения, болезненности.
3. Обработать кожу на месте введения спиртом двухкратно.	Обрабатывается сначала зона размером 10х10 см, затем только место введения одним мазком.
4. Растянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки, фиксируя ее.	Уменьшаются болезненные ощущения при инъекции.
5. Ввести иглу под прямым углом на глубину 5–6 см.	Над поверхностью кожи остается 1–2 см иглы с целью профилактики осложнений. При случайном переломе иглы — взять пинцетом за часть иглы и удалить ее.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
6. Убедиться, что игла не попала в сосуд, потянув поршень на себя.	Отсутствие крови в шприце является обязательным условием продолжения процедуры с целью профилактики масляной эмболии.
7. Ввести лекарственное средство, надавливая на поршень первым пальцем левой руки.	Не менять руки во избежание повреждения тканей в области инъекции.
8. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом, в область инъекции.	
9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.	
10. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая тампон от кожи.	Это способствует всасыванию раствора.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить шприц и иглы в емкости с 3% раствором хлорамина, предварительно промыв их в промывных водах с моющим раствором.	Промывные воды после процедуры также дезинфицируются, как и предметы медицинского назначения.
2. Помочь пациенту занять удобное положение.	
3. Оценить реакцию пациента на процедуру.	В норме реакция пациента на процедуру адекватная.
4. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.	
5. Вымыть и осушить руки.	
6. Сделать отметку о проделанной процедуре в листе назначений.	Это является обязательным условием для контроля количества выполненных инъекций.

Внутривенная инъекция

Цель: струйное введение лекарственного раствора в кровяное русло.

Показания: назначения врача.

Оснащение:

– стерильный шприц однократного применения емкостью 10 или 20 мл, длина иглы 40 мм, сечение 0,8 мм;

– лоток, накрытый четырехслойной стерильной бязевой салфеткой, пинцет, стерильные салфетки под первым слоем, пинцет — под вторым слоем салфетки;

– лекарственное средство; спирт 70%, ватные шарики, жгут, клеенчатый валик, перчатки;

– емкости с дезрастворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Подготовить все необходимое оснащение. 2. Установить доброжелательные отношения с пациентом. 3. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить согласие.	Обеспечение четкости и эффективности проведения процедуры.
4. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки. 5. Вскрыть пакет, собрать шприц, обработать шейку ампулы тампоном, обработанным спиртом, двукратно. 6. Набрать лекарственное средство (дозу, назначенную врачом). 7. Снять иглу, сбросить в емкость с дезраствором.	Обеспечить инфекционную безопасность. Сверить назначения врача.
8. Надеть иглу для внутривенной. инъекции, выпустить воздух, надеть колпачок на иглу.	Профилактика воздушной эмболии. Если в шприце много пузырьков воздуха, его следует держать срезом вверх, пузырьки соберутся кверху в одну большую каплю, которую легко выпустить над лотком.
9. Положить шприц в лоток. 10. Усадить пациента на кушетку или уложить.	Сохранение стерильности.
11. Наложить венозный жгут на плечо, покрытое салфеткой.	Создать искусственный венозный застой (набухание вен).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
12. Под локоть поместить клеенчатую подушку. 13. Исследовать вену. 14. Обработать дважды кожу внутренней поверхности локтевого сгиба спиртом (тампоны сбросить в емкость с 3% раствором хлорамина). 15. Взять шприц, снять колпачок. 16. Проверить отсутствие воздуха в шприце, держать шприц срезом вверх, фиксируя иглу указательным пальцем за конюлю.	Создать максимальное разгибание руки. Исключить флебиты, тромбофлебиты. Обеззараживание инъекционного поля. Одновременно пациент сжимает и разжимает кисть в кулак, зажимает кулак.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу, войти в вену на 1/3 длины иглы, параллельно вене. 2. Оттянуть поршень на себя, увидеть появление крови. 3. Снять жгут. 4. Ввести лекарство медленно, надавливая на поршень первым пальцем левой руки. 5. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом).	Для уменьшения подвижности вены. Убедиться, что игла в вене. Следить, чтобы в шприце оставалось небольшое количество лекарственного средства и пузырьки воздуха Профилактика постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из вены в подкожное пространство.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Промыть шприц, не снимая иглы, в дезинфицирующем растворе. 2. Погрузить шприц в дезинфицирующий раствор, находящийся в другой емкости, заполняя полости шприца и разбирая его. 3. Взять у пациента через 1–2 мин ватный шарик. 4. Снять перчатки. 5. Вымыть руки, осушить. 6. Наблюдать за состоянием пациента. 7. Провести регистрацию проведенной процедуры и реакции пациента на нее.	Не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в дезраствор или лоток (пакет из-под одноразового шприца) для последующей дезинфекции.

Внутривенное капельное введение жидкостей

Цель: медленное, 40–60 капель в минуту, поступление в кровеносное русло лекарственных растворов.

Показания: восстановление объема циркулирующей крови; нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния организма; устранение явлений интоксикации; парентеральное питание.

Оснащение:

– *стерильные*: лоток; бязевая салфетка, сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток; пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат;

– одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы длиной 1–1,5 м над кроватью, клеенчатая подушечка, лейкопластырь — 2 ленты длиной 3–4 см и шириной 1 см;

– дезинфицирующий раствор в емкостях для дезинфекции «капельницы», иглы, ватных шариков и салфетки, жгут, клеенчатая подушечка, лейкопластырь, ветоши, процедурный стол, кушетки.

– ветошь с маркировкой.

– спирт 70%.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании).	
2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру.	
3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильный халат, маску, перчатки.	Перед надеванием перчаток руки обработать антисептическим раствором.
4. Подготовить одноразовую систему для капельного введения.	Проверить срок годности и герметичность упаковки, сдавив ее с обеих сторон.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
5. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом.	
6. Подготовить флакон с лекарственным раствором для инфузии.	Проверить срок годности, внешний вид, сверить с врачебными назначениями.
7. Снять с флакона металлический колпачок ножницами.	
8. Обработать пробку флакона двукратно спиртом.	
9. Закрыть зажим на системе.	
10. Перевернуть флакон вверх дном, подвесить на штативе.	
11. Перевернуть капельницу, снять иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.	Соблюдать стерильность!
12. Заполнить капельницу раствором, держа длинный конец системы выше перевернутой капельницы.	Во флакон будет входить воздух для вытеснения раствора из флакона.
13. Следить, чтобы капельница оказалась на одном уровне с флаконом.	Заполнение капельницы происходит по закону сообщающихся сосудов.
14. Заполнить капельницу примерно наполовину.	Капельница должна оставаться полупустой для подсчета капель при введении.
15. Опустить конец системы вниз и заполнить трубку раствором, закрыть зажим.	
16. Надеть иглу с колпачком.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента в удобное положение.	Выполняет процедуру врач или высококвалифицированная медсестра.
2. Положить под локоть пациента клеенчатую подушечку, исследовать вену.	
3. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча. Исследовать вену.	Пациент при этом сжимает и разжимает кулак.
4. Обработать место пункции вены 70% спиртом двукратно разными ватными шариками.	Первый раз обрабатывается большая площадь поверхности кожи, второй раз — только место введения иглы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
	Сбросить ватные шарики в дезинфицирующий раствор (3% раствор хлорамина).
5. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы.	
6. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения.	Держать иглу правой рукой за канюлю. Соблюдать стерильность!
7. Предложить пациенту сжать кулак.	
8. Ввести иглу в вену на 1/3 ее длины, подложив под канюлю стерильную салфетку.	Убедиться, что кровь из канюли выделяется каплей на салфетку.
9. Снять жгут.	Предложить пациенту разжать кулак.
10. Открыть зажим на системе. Сдавить трубку системы пальцами правой руки.	Кровь из канюли не должна выделяться на салфетку.
11. Присоединить систему к канюле иглы, сменить салфетку.	Сбросить салфетку в дезинфицирующий раствор (3% раствор хлорамина).
12. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом.	
13. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения.	
14. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком, извлечь иглу.	
2. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом).	Профилактика постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из вены в подкожное пространство.
3. Закрыть иглу колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности. Подвесить трубку системы на штативе.	
4. Погрузить систему с иглой в емкость с дезраствором, разрезать ножницами в дезрастворе, при полном погружении.	Оставить для дезинфекции на время экспозиции для данного дезинфицирующего средства.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
5. Взять у пациента (через 5–7 мин) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции.	Не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в дезраствор или лоток (пакет из-под одноразового шприца) для последующей дезинфекции.
6. Снять перчатки.	
7. Вымыть руки, осушить.	
8. Наблюдать за состоянием пациента. Сменить положение пациента в постели, рекомендовать не вставать в течение 2 часов.	
9. Провести регистрацию проведения процедуры и реакции пациента на процедуру.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

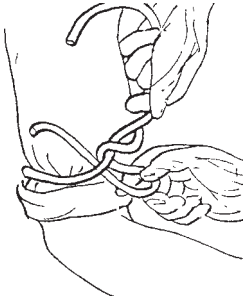


Рис. 62. Наложение жгута

Взятие крови из вены на биохимическое исследование

Цель: определить количество некоторых биохимических показателей крови.

Оснащение: шприц для однократного применения, лоток стерильный с тампонами и пинцетом, жгут резиновый, салфетка (подложить под жгут), 70% этиловый спирт, спецодежда (стерильный халат, маска, перчатки), чистые пробирки в штативе.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту цель и ход исследования и получить его согласие. При необходимости дать инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре.	Забор крови из вены проводится утром натощак, до приема лекарственных средств. Рекомендуется накануне исследования не принимать жирной пищи.
2. Подготовить оснащение, пронумеровать пробирку и направление.	Пробирка и направление каждого пациента имеют одинаковый порядковый номер.
3. Помочь пациенту занять удобное положение для венепункции лежа или сидя.	Зависит от тяжести состояния пациента.
4. Вымыть и осушить руки, надеть спецодежду, перчатки.	Соблюдается безопасность сестры на рабочем месте.
5. Подложить под локоть пациенту клеенчатый валик.	Для максимального разгибания локтевого сустава.
6. Наложить резиновый жгут в области средней трети плеча и завязать так, чтобы петля жгута была направлена вниз, а свободные концы — вверх (под жгут подложить салфетку или расправить рукав рубашки).	Жгут не должен при завязывании ущемить кожу руки, а при венепункции его концы не должны попасть на обработанное спиртом поле.
7. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак. Найти наиболее наполненную вену.	Лучше пунктировать наполненную и фиксированную вену.
8. Обработать вену в области локтевого сгиба ватными шариками или салфетками, смоченными 70% спиртом, не менее двух раз, меняя их и соблюдая правила асептики.	Обязательно соблюдать правила асептики.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Выполнить венепункцию.	
2. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя.	Возникает ощущение «попадания в пустоту». В шприце должна появиться кровь.
3. Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута.	Количество крови зависит от вида и количества анализов.
4. Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены.	Это предотвратит образование гематомы в месте пункции.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
5. Прижать место пункции стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу. Фиксировать шарик в течение 1–2 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор.	Не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента!
6. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции.	Ватный шарик на месте пункции сдавливает вену и способствует остановке кровотечения после инъекции.
7. Снять иглу со шприца, сбросить в дезраствор.	Это можно не делать, но необходимо знать, что эритроциты крови могут быть повреждены при выпуске крови из шприца через иглу, что вызовет их гемолиз.
8. Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе.	Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. Это приведет к гемолизу крови в пробирке.
9. Положить шприц в лоток для дезинфекции.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Помочь пациенту встать или лечь удобно.	Зависит от тяжести состояния пациента
2. Установить штатив в контейнер, затем в бикс, уплотнив ватой или поролоном.	
3. Доставить бикс с кровью и направлением в клиническую лабораторию.	

Взятие крови из вены на гемокультуру (стерильность) и чувствительность к антибиотикам

Цель: определить вид возбудителя инфекционного заболевания и его чувствительность к антибиотикам. Уточнить причины неясных лихорадок.

Оснащение: такое же, как при взятии крови из вены на биохимическое исследование. Готовится и дополнительное оснащение:

– стерильные флаконы со средами (в 1-ю неделю заболевания получить флакон со 100 мл; во 2-ю неделю — 150 мл; в 3-ю неделю — 200 мл), полученными в бактериологической лаборатории к моменту забора крови;

– спички, спиртовка.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. См. алгоритм: *взятие крови из вены на биохимическое исследование.*	
2. Зажечь спиртовку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Набрать необходимое количество крови в шприц, снять иглу, сбросить в дезинфицирующий раствор.	Набирается из вены в 1-ю неделю заболевания 10 мл; во 2-ю неделю — 15 мл; в 3-ю неделю — 20 мл.
2. Открыть стерильную емкость левой рукой, соблюдая стерильность, обжечь горлышко над пламенем спиртовки.	
3. Выпустить медленно кровь из шприца, не касаясь стенок емкости. Закрыть емкость, обжигая пробку.	
4. Далее по алгоритму: *взятие крови из вены на биохимическое исследование.*	Доставить бикс с кровью в бактериологическую лабораторию в течение часа.

Клизмы. Газоотводная трубка

Студент должен знать:

• виды клизм: очистительная, послабляющая (масляная, гипертоническая), сифонная;

• противопоказания и возможные осложнения при постановке различных видов клизм, газоотводной трубки.

• сестринские вмешательства при осложнениях.

Студент должен уметь:

• осуществить наблюдение за деятельностью кишечника у пациента;

• объяснить пациенту сущность манипуляции и правила подготовки к ней.

Студент должен иметь навыки:

• постановки всех видов клизм;

• постановки газоотводной трубки (на фантоме).

Клизма — лечебно-диагностическая процедура, представляющая собой введение в нижний отрезок толстой кишки различных жидкостей.

В зависимости от цели различают два типа лечебных клизм:

• очистительные и послабляющие клизмы;

• лекарственные и питательные.

Вводимая жидкость при постановке очистительной клизмы оказывает механическое, температурное и химическое воздействие, усиливает перистальтику, разрыхляет каловые массы и облегчает их выведение.

Механическое действие клизмы тем значительнее, чем больше количество жидкости. Кроме механического воздействия усилению перистальтики способствует температура вводимой жидкости. При атоническом запоре температура жидкости + 12 °С. При спастическом запоре применяют теплые или горячие клизмы, температура жидкости 37–40–42 °С, расслабляющие гладкую мускулатуру кишки.

Очистительная клизма

Цель: очистить нижний отдел толстого кишечника от каловых масс и газов.

Оснащение: система, состоящая из кружки Эсмарха, соединительной трубки длиной 1,5 м с вентилем или зажимом; штатив; стерильный ректальный наконечник, салфетки; вода температурой 20 °С, в количестве 1,5–2 л; водяной термометр; вазелин; шпатель для смазывания наконечника вазелином; клеенка и пеленка; судно с клеенкой; таз; спецодежда: перчатки однократного применения, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.	Обеспечить изоляцию, комфортные условия.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний.	*Противопоказания:* кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные заболевания толстой и прямой кишки; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки; острый аппендицит, перитонит; массивные отеки.
3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь.	Спецодежда одевается медицинской сестрой в клизменной комнате.
4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник.	
5. Налить в кружку Эсмарха 1,5–2 л воды.	
6. Проверить температуру воды водяным термометром.	Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула: – при атоническом запоре – 12° – 20° С; – при спастическом – 37° – 42° С; – при запоре – 20° С.
7. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом).	
8. Смазать клизменный наконечник вазелином.	
9. Заполнить систему.	Открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
10. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель, ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу.	Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине.
11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Развести ягодицы первым-вторым пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя первые 3–4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8–10 см.	Учитывается анатомическое строение прямой кишки.
2. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник.	Попросить пациента расслабиться и дышать животом. *При жалобе на боль спастического характера, прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Если боль не утихает, сообщить врачу.*
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы.	Наконечник сразу поместить в раствор для дезинфекции.
2. Сменить перчатки.	Использованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции.
3. Предложить пациенту в течение 5–10 минут полежать на спине и удержать воду в кишечнике.	
4. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию.	Обеспечить туалетной бумагой. Если пациент лежит на судне, то приподнять, по возможности, изголовье кровати на 45 °–60 °.
5. Убедиться, что процедура прошла эффективно.	Если пациент лежит на судне – убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой. Осмотреть фекалии.
6. Подмыть пациента (см. Процедуру подмывание тяжелобольного).	
7. Разобрать системы.	Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
8. Сменить халат, перчатки, фартук.	Перчатки, фартук поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.
9. Провести дезинфекцию использованных предметов.	Согласно действующим приказам.



Рис. 62. Постановка очистительной клизмы:
а — введение наконечника;
б — положение наконечника при процедуре

Постановка лекарственной клизмы

Цель: ввести лекарственные вещества в прямую кишку для оказания лечебного эффекта.

Оснащение: лекарственный раствор (50–100 мл), подогретый до 37–38 °С на водяной бане; грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелин, шпатель, салфетки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка.

Обязательное условие: проводить после постановки очистительной клизмы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные, конфиденциальные отношения с пациентом. Убедиться в наличии информационного согласия пациента на процедуру. Убедиться, что нет противопоказаний.	Противопоказаниями являются: кровоточащий геморрой, кишечные кровотечения, острый живот.
2. Поставить ширму у кровати пациента.	За 20–30 минут до постановки лекарственной клизмы сделать пациенту очистительную клизму!
3. Надеть перчатки.	
4. Набрать в грушевидный баллончик 80–100 мл теплого лекарственного препарата.	При температуре раствора ниже 37 °С возникают позывы на дефекацию.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента на левый бок.	Облегчается введение газоотводной трубки и лекарственного средства на достаточную глубину.
2. Ввести газоотводную трубку.	
3. Присоединить к трубке грушевидный баллончик.	
4. Ввести медленно лекарственное средство.	
5. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.	Предотвращение всасывания препарата обратно в баллон.
6. Извлечь трубку.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
7. Опустить трубку с грушевидным баллоном в емкость для последующей дезинфекции.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вытереть салфеткой кожу в области анального отверстия в направлении спереди назад .	Предупреждение инфекции мочевыводящих путей.
2. Убрать клеенку и пеленку.	
3. Снять перчатки.	
4. Погрузить все предметы в емкость с дезраствором.	Провести дезинфекцию использованных предметов в соответствии с действующей инструкцией (приказом).
5. Вымыть и осушить руки.	
6. Помочь занять пациенту удобное положение.	
7. Накрыть пациента одеялом.	
8. Сделать запись о проведении манипуляции и реакции пациента на процедуру.	

Гипертоническая клизма

Цель: усилить перистальтику кишечника и вызвать обильную транссудацию жидкости в просвет кишечника.

Показания: задержка стула и массивные отеки разного происхождения.

Оснащение: стерильные — грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 100 мл 10%-ного раствора натрия хлорида или 50 мл 20–30%-ного раствора магния сульфата, перчатки латексные, вазелиновое масло, лоток, клеенка, большая пеленка, емкость с дезинфицирующим раствором, ширма.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Убедиться в понимании цели и хода процедуры, наличии информационного согласия пациента на процедуру. Убедиться, что нет противопоказаний.	Противопоказаниями являются: острые воспалительные и язвенные процессы в нижних отделах толстой кишки; трещины в области анального отверстия.
3. Подогреть флакон с лекарственным средством на водяной бане до 38 °С.	Осуществляется введение растворов в теплом виде с целью профилактики механического, термического и химического раздражения кишечника.
4. Набрать в грушевидный баллончик 100 (50) мл подогретого раствора.	Обеспечивается достаточное количество гипертонического раствора для постановки клизмы.
5. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу. Поставить ширму.	При невозможности уложить пациента на левый бок клизму ставят в положении лежа на спине.
6. Надеть халат, перчатки.	
7. Подложить под пациента клеенку, большую пеленку, поставить рядом лоток.	Во избежание загрязнения постельного белья.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Раздвинуть ягодицы, ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20–30 см.	Учитывается анатомическое расположение прямой кишки. Конец трубки поместить в лоток.
2. Присоединить к трубке грушевидный баллончик, выпустив воздух из него и медленно ввести подогретый раствор.	
3. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллончик от газоотводной трубки, затем извлечь ее.	Если разжать баллончик, то раствор попадет обратно в него.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить использованные предметы в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечивается инфекционная безопасность.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике в течение 15–20 минут.	Обеспечивается разжижение каловых масс за счет транссудата и усиливается перистальтика.
3. Наблюдать за состоянием пациента, при появлении позывов подать судно или сопроводить в туалет.	Осмотреть каловые массы. Определить эффективность процедуры. Отметить время эффективного освобождения кишечника в листе назначений.
4. Убрать клеенку с пеленкой, сбросить в мешок для последующей дезинфекции.	Мешок должен быть непромокаемым.
5. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.	
6. Сделать запись в листе назначений о выполнении процедуры и реакции пациента на нее.	

Применение газоотводной трубки

Цель: удалить газы из кишечника.

Показания: метеоризм, атония кишечника, при постановке лекарственных клизм.

Оснащение: *стерильные* — газоотводная трубка, лоток, перевязочный материал, перчатки (2 пары), ширма, халат с маркировкой, клеенка, большая пеленка, судно, вазелин, шпатель.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные, конфиденциальные отношения с пациентом. Убедиться в наличии информационного согласия пациента на процедуру.	
2. Поставить ширму у кровати пациента.	Обеспечить изоляцию, комфортные условия.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу или уложить пациента на спину.	
4. Надеть перчатки и халат.	Перед процедурой необходимо сменить халат.
5. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее пеленку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
6. Поставить на стул рядом с пациентом судно, заполненное на 1/3 водой.	Подложить под пациента судно, если процедура проводится лежа на спине, или поставить лоток между ног.
7. Смазать вазелином закругленный конец трубки на протяжении 20–30 см, пользуясь шпателем.	Облегчается введение наконечника в прямую кишку.
8. Перегнуть трубку посередине, зажать свободный конец 4 и 5-м пальцами, а закругленный конец взять как пишущее перо.	Предупреждается возможное вытекание содержимого кишечника во время введения газоотводной трубки.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Раздвинуть ягодицы 1– 2-м пальцами левой руки, правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20–30 см.	Учитывается физиологическое расположение толстого кишечника: первые 3–4 см — перпендикулярно к пупку, а остальные — параллельно позвоночнику.
2. Опустить свободный конец газоотводной трубки в судно.	Вместе с газами могут выделяться и жидкие каловые массы. При положении пациента лежа на спине конец газоотводной трубки завернуть в клеенку и салфетку и оставить между ногами пациента в лотке.
3. Снять перчатки, положить в емкость с дезинфицирующим раствором.	Халат оставить в специально отведенном месте (манипуляционной комнате).
4. Накрыть пациента простыней или одеялом.	Отметить время начала процедуры. *Помните, что газоотводную трубку ставят на 1 час с целью предупреждения развития осложнений (пролежня).*

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надеть перчатки, халат.	
2. Извлечь газоотводную трубку из анального отверстия по достижении эффекта.	Если эффект не достигнут, необходимо через час сделать перерыв на 15–20 минут и ввести другую стерильную газоотводную трубку.
3. Поместить газоотводную трубку в емкость с дезинфицирующим раствором.	
4. Обработать анальное отверстие салфеткой.	
5. Убрать клеенку и салфетку и поместить их в непромокаемый мешок.	
6. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, снять халат, поместить в непромокаемый мешок, вымыть руки.	Провести дезинфекцию использованных предметов, халата, в соответствии с действующей инструкцией (приказом).

Масляная клизма

Цель: очищение нижнего отдела толстого кишечника с лечебной целью.

Показания:

– при неэффективности очистительной клизмы;

– в первые дни после операции на органах брюшной полости;

– после родов;

Оснащение: *стерильные* — грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводная трубка, лотки, перчатки латексные, масляный раствор в количестве 50–100 мл (по назначению врача), перевязочный материал, ширма, пеленка, клеенка, водный термометр, емкость с дезинфицирующим раствором.

Обязательные условия: после постановки масляной клизмы пациент должен лежать несколько часов, поэтому масляную клизму лучше ставить на ночь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.	
2. Убедиться в понимании цели и хода процедуры, наличии информационного согласия пациента на процедуру.	
3. Подогреть масло на водяной бане до 38 °С.	Проверить температуру масла.
4. Набрать в грушевидный баллончик 50–100 мл теплого масла.	Необходимое количество для постановки эффективной масляной клизмы по назначению врача.
5. Смазать вазелиновым маслом газоотводную трубку, положить баллончик и трубку в лоток.	Облегчается введение трубки в прямую кишку.
6. Опустить изголовье кровати до горизонтального положения, поставить ширму.	Или убрать подушку из подголовья.
7. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, подложить клеенку, пеленку, поставить рядом лоток.	Учитывается физиологическое расположение прямой кишки и сигмы для правильного введения раствора через прямую кишку. При невозможности уложить пациента на левый бок клизму ставят в положении лежа на спине. Конец трубки должен находиться в лотке.
8. Надеть перчатки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Раздвинуть ягодицы пациента и ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20–30 см.	
2. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллончик.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
3. Медленно ввести набранный раствор в кишечник.	
4. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллончик от газоотводной трубки, затем извлечь ее.	Если разжать баллончик, то раствор попадет обратно в него.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить газоотводную трубку, грушевидный баллончик, лоток в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Вытереть пациенту область ануса стерильной салфеткой, сбросить в дезраствор.	Если пациент беспомощен.
3. Убрать клеенку с пеленкой, сбросить в мешок для последующей дезинфекции.	Мешок должен быть непромокаемым.
4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
5. Убрать ширму.	
6. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть его, предупредить, что эффект наступит через 6–10 часов.	Масло не всасывается в кишечнике, обволакивает каловые массы, что способствует их безболезненному выходу из кишечника. Пациент должен лежать, иначе масло, введенное в кишечник, вытечет.
7. Вымыть и осушить руки.	
8. Сделать запись в листе назначений о выполнении процедуры и реакции пациента на нее.	
9. Наблюдать за состоянием пациента, при появлении позывов — подать судно.	Осмотреть каловые массы. Отметить время эффективного освобождения кишечника в листе назначений.

Применение сифонной клизмы

Цель: добиться эффективного очищения кишечника от каловых масс и газов.

Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы; выведение из кишечника ядовитых веществ; подозрение на кишечную непроходимость.

Оснащение:

– *стерильные* — система для сифонной клизмы: 2 резиновые трубки, соединенные стеклянной трубкой (смотровой);

– лоток, воронка емкостью 1 л, перчатки латексные — 2 пары, емкость с кипяченой водой температурой 37 °С — 10–12 л, ковш емкостью 1 л, емкость для промывных вод, клеенка, большая пеленка, вазелин, шпатель.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечивается изоляция пациента.	
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Убедиться, что нет противопоказаний.	*Противопоказаниями к процедуре* являются: кровоточащий геморрой; острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.
3. Надеть халат, клеенчатый фартук, латексные перчатки.	
4. Уложить пациента на левый бок, ноги согнуть в коленях и слегка привести к животу.	Учитываются анатомические особенности расположения прямой кишки и сигмовидной кишки.
5. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку.	Укрыть пациента одеялом во время процедуры.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
6. Приготовить систему, смазать слепой конец трубки вазелином на протяжении 30–40 см.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Раздвинуть ягодицы пациента 1–2-м пальцами левой руки и ввести вращательными движениями слепой конец трубки в кишечник на глубину 30–40 см.	
2. Опустить воронку ниже уровня тела пациента, держать ее слегка наклонно и наполнить водой в количестве 1 л.	В кишечник одномоментно можно ввести 1 л воды.
3. Поднять медленно воронку вверх на 1 метр так, чтобы вода уходила в кишечник лишь до ее устья.	Предупредить попадание воздуха с водой в кишечник.
4. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно.	При таком положении воронки хорошо видны пузырьки воздуха, комочки кала.
5. Слить содержимое в емкость для промывных вод.	При отравлениях — взять из первой порции промывных вод анализ на бактериологическое исследование. Учитывайте количество введенной и выделенной жидкости.
6. Повторить промывание до чистых промывных вод.	Достигается полное очищение кишечника.
7. Следить за состоянием пациента.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Извлечь медленно зонд, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
2. Провести туалет анального отверстия.	
3. Снять перчатки, фартук, халат, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	Дезинфекция проводится в соответствии с действующей инструкцией (приказом).

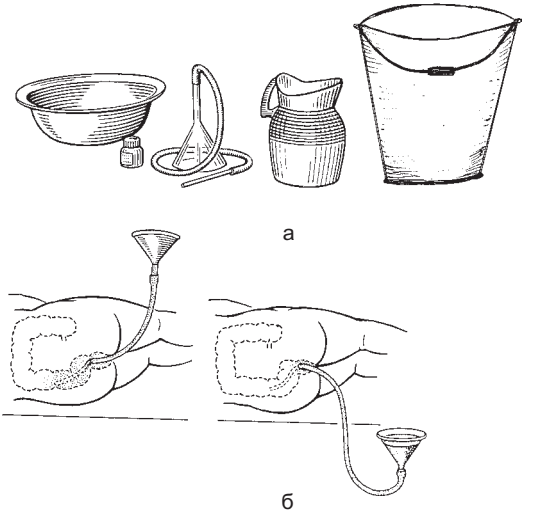


Рис. 64. Постановка сифонной клизмы:
а — оснащение для сифонной кизмы; б — техника проведения

Применение капельной клизмы

Цель: лечебная.

Показания: введение большого количества жидкости в организм в тех случаях, когда питательные вещества нельзя вводить пациенту через рот или парентерально.

Оснащение:

– *стерильные*: клизменный наконечник, лоток, вазелиновое масло, лекарственные растворы, перчатки латексные;

– система для капельной клизмы: система трубок, соединяющая капельницу с кружкой Эсмарха или флаконом с лекарственным раствором вверху и с газоотводной трубкой, идущей к пациенту;

– зажим на трубке, расположенной выше капельницы;

– халат, клеенка, большая пеленка, водяной термометр, температура грелки — 40–45 °С.

Обязательные условия: ставить капельную клизму через 30–40 минут после очистительной. Вводимый раствор должен быть определенной t°, равной 40–42 °С.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.	
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, исключить противопоказания.	*Противопоказаниями являются:* кровоточащий геморрой; острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.
3. Поместить флакон с лекарственным средством в емкость для проведения водяной бани и подогреть воду до t^0 40–42^{0}С	
4. Заполнить систему лекарственным веществом, укрепить штатив на высоте 1 м.	
5. Поставить ширму у кровати пациента.	Обеспечить изоляцию, комфортные условия.
6. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.	При невозможности уложить пациента на левый бок, клизму ставят в положении лежа на спине.
7. Смазать газоотводную трубку системы вазелином.	Для облегчения введения наконечника в прямую кишку.
8. Надеть халат, перчатки.	
9. Положить под пациента клеенку и пеленку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Выпустить воздух из системы.	Открыть зажим на системе и заполнить ее. Закрыть зажим.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Развести ягодицы пациента 1–2-мя пальцами левой руки и ввести газоотводную трубку, соединенную с системой, в кишечник на глубину 20–30 см.	
3. Отрегулировать частоту капель вводимого лекарственного средства с помощью зажима.	Всасывается лучше жидкость, поступающая в кишечник по каплям (60–80 капель в минуту).
4. Прикрепить грелку к задней и передней поверхности трубки системы.	Для поддержания температуры вводимого раствора в пределах 37–38 °С грелку наполняют водой 60–70 °С. Менять грелку по мере остывания вводимого раствора.
5. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
6. Накрыть пациента одеялом.	Следите за частотой капель в системе и за состоянием пациента.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надеть перчатки, халат.	После введения лекарственного раствора.
2. Закрыть зажим и медленно извлечь газоотводную трубку от системы из анального отверстия.	
3. Обработать анальное отверстие пациента.	Обеспечить комфортное состояние после процедуры.
4. Поместить газоотводную трубку от системы в емкость с дезинфицирующим раствором.	Дезинфекция системы проводится в соответствии с действующей инструкцией (приказом).
5. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	

Катетеризация мочевого пузыря. Уход за катетером

Студент должен знать:

– цели катетеризации мочевого пузыря, противопоказания и возможные осложнения;

– виды катетеров;

– виды съемных мочеприемников;

– возможные проблемы пациента, например боязнь разрыва мочевого пузыря;

– сестринские вмешательства.

Студент должен уметь:

– обучить пациента и его семью пользоваться съемными мочеприемниками.

Студент должен иметь навыки:

– проведения катетеризации мочевого пузыря мягким катетером (фантоме).

Катетеризация — введение катетера в мочевой пузырь. Катетеризацию проводят для выведения из мочевого пузыря мочи с лечебной и диагностической целями, а также промывание мочевого пузыря. Катетеризация требует особых предосторожностей, соблюдения асептики с целью профилактики инфекции мочевыводящих путей. Катетеризация проводится только в случаях необходимости.

Промывание мочевого пузыря проводится с целью механического удаления продуктов распада тканей, гноя или мелких камней, а также перед эндоскопическими исследованиями органов мочевыделения. Предварительно перед промыванием мочевого пузыря определяют его вместимость путем измерения количества мочи, выделенной за одно мочеиспускание.

Катетеризация мочевого пузыря женщине

Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.

Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы.

Оснащение:

– *стерильные*: катетер, пинцеты анатомические (2 шт.), корнцанг, лоток, перчатки латексные, раствор фурацилина 1:5000, вазелиновое масло;

– емкость для сбора мочи, емкости с дезинфицирующими растворами, клеенка подкладная, антисептический раствор для подмывания.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациенткой.	
2. Обеспечить изоляцию пациентки.	
3. Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить ее согласие, исключить противопоказание.	Противопоказанием является разрыв уретры.
4. Надеть перчатки, маску.	
5. Уложить пациентку на спину, ноги согнуть в коленях и слегка развести в стороны.	Процедура проводится в постели (возможно проведение процедуры на гинекологическом кресле).
6. Подложить под ягодицы пациентки клеенку с пеленкой. Поверх выступающего края клеенки поставить судно.	
7. Приготовить оснащение для подмывания пациентки.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
8. Провести подмывание наружных половых органов.	
9. Сменить перчатки, приготовить оснащение для катетеризации, взять пинцет в правую руку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные раствором фурацилина	
2. Обработать мочеиспускательное отверстие движением сверху вниз между малыми половыми губами.	
3. Сменить марлевую салфетку.	
4. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе фурацилина, к отверстию мочеиспускательного канала на одну минуту.	Обеспечивается обеззараживание отверстия мочеиспускательного канала.
5. Сбросить салфетку в раствор для дезинфекции, сменить пинцет.	
6. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4–6 см от его конца, как пишущее перо.	Обеспечивается стерильность катетера на расстоянии 4–6 см.
7. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между 4-м и 5-м пальцами правой руки.	Необходимое положение катетера при проведении процедуры для сохранения стерильности.
8. Облить клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	Облегчается введение катетера в мочеиспускательный канал.
9. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой осторожно ввести катетер на 4–6 см до появления мочи.	Мочеиспускательный канал женщины короткий, его длина составляет 4–6 см.
10. Опустить свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.	При необходимости собирается моча для бактериологического исследования.
11. Сбросить пинцет в лоток для последующей дезинфекции.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, когда моча начнет выделяться по каплям.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
2. Извлечь осторожно катетер после прекращения самостоятельного выделения мочи струей из катетера.	Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи, т.е. естественным путем.
3. Сбросить в емкость для последующей дезинфекции.	
4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	Провести дезинфекцию использованных предметов в соответствии с действующей инструкцией (приказом).
5. Вымыть руки, осушить.	
6. Обеспечить физический и психический покой пациентки.	Соблюдается лечебно-охранительный режим.

Катетеризация мочевого пузыря мужчине

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечивается изоляция пациента.	
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие.	Процедура выполняется врачом или специально обученной медицинской сестрой.
3. Надеть перчатки, маску.	
4. Уложить пациента на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны.	Учет анатомической особенности расположения мочевого пузыря.
5. Подложить под ягодицы пациента клеенку с пеленкой. Поверх выступающего края клеенки поставить судно.	
6. Приготовить оснащение для подмывания пациента.	
7. Провести подмывание: встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки.	Обеспечивается личная гигиена пациента.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
8. Взять половой член между 3 и 4-м пальцами левой руки, слегка сдавить головку, 1 и 2-м пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть.	Обеспечивается открытие наружного отверстия мочеиспускательного канала.
9. Взять пинцетом, зажатым в правой руке, марлевый тампон, смочить в растворе фурацилина и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны.	
10. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.	Облегчение введения катетера, профилактика неприятных ощущений при введении катетера.
11. Сменить пинцет.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Взять стерильным пинцетом, зажатым в правой руке, катетер на расстоянии 5–7 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5-м пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги).	Необходимое условие: соблюдать стерильность катетера на расстоянии 20 см.
2. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 15–20 см над лотком	Облегчение введения катетера в мочеиспускательный канал
3. Ввести катетер пинцетом первые 4–5 см, удерживая 1–2-м пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.	
4. Перехватить пинцетом катетер еще на 3–5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19–20 см.	Достигается уровень введения катетера в мочевой пузырь.
5. Опускать одновременно левой рукой половой член мужчины.	Это способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учетом его анатомических особенностей.
6. Погрузить оставшийся конец катетера в емкость для сбора мочи.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности), после прекращения мочевыделения струей.	Предупреждение возникновения неприятных ощущений.
2. Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.	Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи, т. е. естественным путем.
3. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	
4. Вымыть руки, осушить.	
5. Обеспечить физический и психический покой пациенту.	Соблюдается лечебно-охранительный режим.

Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Оснащение: как для подмывания пациента (см. выше).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту ход процедуры.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
2. Рассказать пациенту правила ухода за катетером, мочеприемником (дренажным мешком) и промежностью.	В план обучения включить следующие сведения: – устройство системы «катетер — дренажный мешок»; – вопросы личной гигиены, соблюдения асептики; – удаление мочи и очистка мочеприемника; – советы по соблюдению питьевого режима и диеты и др.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
3. Далее подготовка к процедуре такая же, как для подмывания.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вымыть половые органы и промежность по принятой методике.	См. «Подмывание» у женщин и мужчин.
2. Вымыть ватными тампонами, затем высушить 10 см катетера от участка, где он выходит из уретры.	Уход за катетером.
3. Осмотреть область уретры вокруг катетера.	Убедиться, что моча не подтекает. Если происходит подтекание мочи мимо катетера: – проверить, не образовались ли мочевые камни внутри катетера. *Сообщите врачу, если дренаж закупорился, замените катетер.*
4. Осмотреть кожу промежности на предмет признаков инфекции.	Гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое являются признаками инфекции. *Сообщить врачу о появлении признаков инфекции.*
5. Убедиться, что происходит дренирование (отток) мочи из мочевого пузыря по системе «катетер — дренажный мешок».	Проверить, не скручены ли трубки системы.
6. Устранить другие возможные нарушения в работе системы «катетер — дренажный мешок».	*При наличии крови в моче или возникновении боли в мочевом пузыре немедленно сообщить врачу!*
7. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.	Если трубка катетера натянута, необходимо осторожно снять пластырь, сменить его и приклеить к бедру на другое место без натяжения.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати или бедру.	
2. Закончить процедуру так же, как при подмывании.	См. выше «Подмывание пациента».

Манипуляции, связанные с уходом за стомами

Студент должен знать:

• предметы и средства ухода за стомами;

• особенности глотания при наличии стом пищеварительного тракта;

• сестринское вмешательство.

Студент должен уметь:

• осуществить кормление пациента через гастростому;

• обработать илеостому, колостому, менять калоприемник;

• промывать мочевой пузырь через надлобковый дредаж антисептическими растворами, сменить мочеприемник;

• фиксировать трахеостомическую трубку с помощью повязки и осуществлять туалет трахеи и бронхов;

• осуществлять туалет трахеи и бронхов;

• осуществлять уход за кожей вокруг стомы;

• обучить пациента и его семью самостоятельному уходу за стомой.

Обучение пациента уходу за стомой (колостомой)

Цель: осуществлять уход на дому без посторонней помощи.

Оснащение: *стерильные* предметы медицинского назначения:

– перчатки, пинцеты 3–4 шт., ножницы, лоток, вазелиновое масло, перевязочный материал, 0,5% раствор калия перманганата, шпатель, паста Лассара, калоприемник.

Нестерильные предметы ухода: емкость с мыльным раствором в количестве 1–1,5 литра;

– лоток для отработанного перевязочного материала, клеенка, емкость с дезинфицирующим раствором (3% раствор хлорамина).

Обязательное условие: пациент психологически и физически способен осуществлять самоуход.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту цель обработки калового свища. Предоставить письменные рекомендации.	Письменные рекомендации придадут уверенность в себе.
2. Обучить самоуходу доступными для пациента темпами, соблюдая конфиденциальность и проявляя тактичность.	Это способствует росту самоуважения в пациенте.
3. Дать пациенту возможность выразить свои страхи, беспокойства.	Он страшится смерти, будущего, испытывает боль, отвращение к себе. Его беспокоит отсутствие контроля над нормальной работой кишечника, возможные выделения и неприятный запах.
4. Дать искренние ответы на вопросы, связанные с недостатком знаний.	Часто пациенты не знают, можно ли принимать ванну или душ, нормально питаться, иметь половые сношения.
5. Рекомендовать и поощрять участие в уходе заботливых членов семьи.	При условии согласия пациента.
6. Вести учет выделенного кала.	По назначению врача.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обучить пациента технике обработки калового свища с соблюдением правил асептики: – вымыть руки, надеть перчатки; – подложить под бок пациента со стороны стомы клеенку; – снять бинты, повязку; сбросить для дезинфекции. *При наличии калоприемника:* – отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части; – выбросить в пакет;	При условии согласия пациента обучение проводить в присутствии членов семьи. Старайтесь не тянуть кожу.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
– обмыть кожу под стомой, испачканную фекалиями, используя пинцет, марлевые шарики и мыльный раствор; – высушить кожу сухим марлевым шариком; – сменить пинцет; – обработать кожу вокруг стомы слабым раствором калия перманганата, используя стерильный пинцет и перевязочный материал; – высушить кожу вокруг стомы; – убедиться, что размер стомы и ее форма не изменились.	
2. Приклеить к стоме чистый калоприемник, пользуясь инструкциями изготовителя.	Необходимо иметь мерку стомы.
3. При мацерации кожи необходимо отложить использование калоприемника и выполнить следующее: нанести стерильным шпателем на стерильные салфетки густой слой подогретой пасты Лассара.	Паста Лассара защищает кожу от раздражения и воспаления при соприкосновении с фекалиями.
4. Наложить салфетки с мазью на кожу вокруг калового свища.	Периодически надо счищать пасту с кожи в окружности свища и обрабатывать 3% раствором перекиси водорода и 70% спиртом.
5. Пропитать большую салфетку стерильным вазелиновым маслом и наложить на выступающую слизистую оболочку стомы.	Профилактика высыхания наружной поверхности слизистой оболочки кишечника.
6. Зафиксировать сверху малыми салфетками, затем большой салфеткой, сложенной многослойно, укрепить повязку бинтом.	Предупреждение смещения стерильных салфеток со стомы. Менять повязку после каждого приема пищи.
7. Менять повязку после каждого приема пищи.	
8. Поместить отработанный перевязочный материал, инструменты в емкость для отработанного материала	Соблюдается инфекционная безопасность.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
с дезинфицирующим раствором.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать клеенку, снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечивается инфекционная безопасность.

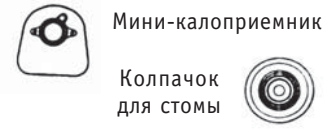
	Существует несколько различных типов калоприемников: однокомпонентный, двукомпонентный, прозрачный, матовый, с фильтрами и без фильтров. Однокомпонентные калоприемники имеют мешочек для сбора фекалий, уплотнитель и внешнее адгезивное кольцо в составе единого цельного блока. Двукомпонентные калоприемники состоят из мешочка, который прикрепляется к клеящейся пластине, выполняющей функцию «второй кожи».
	Используется в течение короткого времени. Закрывает стому, однако не имеет емкости.
	Все устройства для сбора выделений из илеостомы относятся к типу дренируемых калоприемников, поэтому по мере необходимости их можно опорожнять. Существует несколько различных типов калоприемников для илеостомы: однокомпонентный и двукомпонентный, прозрачный и матовый. Однокомпонентные калоприемники представляют собой мешочек с клеящейся лечебной пластиной. Двукомпонентные калоприемники состоят из отдельного мешочка, который прикрепляется к пластине, выполняющей функцию «второй кожи».
	Мини-калоприемник используется в течение короткого времени (например, для занятий спортом).

Рис. 65. Виды калоприемников

Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования

Студент должен знать:

• доминантные обязанности медицинской сестры при диагностических исследованиях;

• элементы сестринского процесса при возможных проблемах пациента, например чувство тревоги, связанное с...

• сестринские вмешательства.

Студент должен уметь:

• выбрать назначения на лабораторные и инструментальные исследования из листа назначений;

• объяснить пациенту сущность исследования и правила подготовки к нему;

• подготовить пациента к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям;

• подготовить к УЗИ;

• взять кровь из вены для исследования;

• взять мазок из зева и носа;

• взять ректальный мазок для бактериологического исследования.

Студент должен иметь навыки:

• оформления направлений на различные виды лабораторных исследований;

• взятия мочи на общий анализ по Нечипоренко, по Зимницкому, на сахар, ацетон, диастазу;

• определение суточного диуреза и водного баланса;

• взятие мокроты на общий анализ, анализ бациллы Коха, атипичные клетки, бактериологическое исследование;

• взятия кала для капрологического исследования на скрытую кровь, кала на я/г, простейшие;

• транспортировки биологического материала в лабораторию.

Лабораторные исследования являются дополнительным методом одной из важнейших частей обследования пациента. В ряде случаев их данные оказывают решающее значение при постановке диагноза, оценке состояния пациента и контроле за проводимым лечением.

Результаты лабораторного исследования во многом зависят от правильности техники сбора биологического материала, подлежащего исследованию.

Исследуют кровь, выделения (мочу, кал, мокроту), содержимое желудка, двенадцатиперстной кишки, желчь, спинномозговую жидкость, экссудаты, транссудаты, пунктаты, налеты на слизистой зева и носа, а также прямой кишки. Следует помнить, что часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования проводят строго по показаниям — в зависимости от диагноза.

Исследования крови

Различают общеклинические, биохимические и иммунологические исследования крови.

Цель общеклинического исследования крови — количественное и качественное изучение форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов), определение количества гемоглобина (Нв), скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Клеточный состав крови здорового человека достаточно постоянен, поэтому его изменения указывают на те или иные патологические процессы в организме.

Однако даже у здорового человека могут наблюдаться некоторые колебания состава крови в течение суток под влиянием пищи, физической нагрузки, количества принятой жидкости и т.д. Для устранения влияния этих факторов кровь для исследования следует брать при одинаковых условиях в одно и то же время (утром, натощак) из пальца (возьмет лаборант).

Биохимическое исследование крови заключается в определении содержания в крови некоторых веществ (глю-

козы крови, билирубина, холестерина, белка, креатина и др.). Их содержание изменяется при тех или иных заболеваниях (увеличивается или уменьшается), что позволяет использовать эти данные для постановки диагноза, а также — контроля за проводимым лечением.

Кровь для биохимического и иммунологического исследования берет медицинская сестра в процедурном кабинете из локтевой вены утром натощак, в чистую сухую центрифужную пробирку 5–7 мл. Оформляется направление в клиническую лабораторию.

Забор крови на общий анализ

Цель: обеспечить качественное исследование состава крови пациента.

Необходимые условия: исключить влияние отрицательных факторов на кровь пациента перед исследованием. Получить направление врача для исследования крови на общий анализ. Венозная кровь берется из локтевой вены посредством пункции и смешивается в пробирке с противосвертывающим средством (цитрат, гепарин или др.).

Забор крови из пальца

ПОДГОТОВКА	ПРИМЕЧАНИЯ
1. Предупредить и объяснить пациенту цель, ход и необходимость предстоящего исследования.	
2. Рассказать об отрицательных факторах, способных изменить состав крови.	Отрицательными факторами, способными изменить состав крови, являются физическая и умственная нагрузка; применение лекарственных средств, особенно парентеральное введение (с помощью инъекций); воздействие рентгеновских лучей, физиотерапевтических процедур. Повторные исследования необходимо проводить в одни и те же часы, так как морфологический состав крови колеблется на протяжении суток.

ПОДГОТОВКА	ПРИМЕЧАНИЕ
3. Обеспечить направлением.	
4. Провести инструктаж, уточнить его понимание: объяснить пациенту, что кровь из пальца возьмут утром, натощак.	
5. Пациенту явиться в лабораторию с направлением.	*В условиях стационара:* Кровь возьмет лаборант в соответствующих условиях.

Взятие крови из вены на ИФА (иммуноферментативный анализ на ВИЧ-инфекцию)

Оснащение:

1. Стерильный бикс со спецодеждой.
2. Стерильный лоток с перевязочным материалом (шарики, салфетки) и пинцетом.
3. Стерильные стеклянные пенициллиновые флаконы без консерванта с резиновой пробкой.
4. Контейнер, липкая лента, водяная баня 45 °С, парафин, кисточка, бикс для транспортировки контейнера с ватой или поролоном, карандаш по стеклу.
5. Спирт 70%, венозный жгут, валик, 3%-ный раствор хлорамина, лоток.
6. Направление в двух экземплярах и целлофановый пакет для них.

Последовательность действий:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Убедиться в наличии информационного согласия на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Надеть спецодежду.
6. Подготовить оснащение.
7. Помочь пациенту занять удобное положение лежа или сидя для венепункции.
8. Вскрыть одноразовый шприц, собрать его, выпустить воздух из шприца.

9. Выполнить венепункцию.

10. Взять из вены 3–5 мл крови, извлечь иглу, прижать место пункции стерильным тампоном на 3–5 минут.

11. Поместить кровь в стерильный пенициллиновый флакон, закрыть флакон стерильной резиновой пробкой и пронумеровать его.

12. Обработать пробку флакона расплавленным (на водяной бане) парафином с помощью кисточки.

13. Установить флакон в металлический контейнер в ячейку.

14. Закрыть контейнер, герметизировать его липкой лентой.

15. Сбросить тампон в дезраствор, убедиться, что кровь не выделяется из места пункции вены.

16. Помочь пациенту встать или лечь удобно.

17. Установить контейнер в бикс, уплотнить ватой или поролоном, сверху положить целлофановый пакет с направлениями, закрыть бикс.

18. Снять спецодежду.

19. Вымыть и осушить руки.

Примечание: доставить бикс с кровью транспортом лечебного заведения в иммунологическую лабораторию.

Взятие крови из вены на гемокультуру (стерильность) и чувствительность к антибиотикам

Цель: определить вид возбудителя инфекционного заболевания и его чувствительность к антибиотикам. Уточнить причины неясных лихорадок.

Оснащение: такое же, как при взятии крови из вены на биохимическое исследование. Готовится и дополнительное оснащение:

– стерильные флаконы со средами (в первую неделю заболевания получить флакон со 100 мл; во вторую неделю – 150 мл; в третью неделю — 200 мл), полученными в бактериологической лаборатории к моменту забора крови;

– спички, спиртовка.

Подготовка к процедуре

1. См. алгоритм: *«Взятие крови из вены на биохимическое исследование»*.

2. Зажечь спиртовку.

Выполнение процедуры

1. Набрать необходимое количество крови в шприц, снять иглу, сбросить в дезинфицирующий раствор.

> **Примечание:** набирается из вены в первую неделю заболевания 10 мл; во вторую неделю — 15 мл; в третью неделю – 20 мл.

2. Открыть стерильную емкость левой рукой, соблюдая стерильность, обжечь горлышко над пламенем спиртовки.

3. Выпустить медленно кровь из шприца, не касаясь стенок емкости. Закрыть емкость, обжигая пробку.

4. Далее по алгоритму: *«Взятие крови из вены на биохимическое исследование»*.

> **Примечание:** доставить бикс с кровью в бактериологическую лабораторию в течение часа.

Исследование мокроты

Важное место в диагностике заболеваний органов дыхания занимают лабораторные методы исследования мокроты, позволяющие судить о характере патологического процесса.

При наличии мокроты необходимо определить ее суточное количество, которое может колебаться от 10–15 мл (при хроническом бронхите) до 1 л и более (при бронхоэктатической болезни).

При наличии у пациента мокроты возникает необходимость в ее повторных исследованиях — микроскопических, бактериологических и т. д.

Наиболее достоверные результаты получаются в тех случаях, когда мокроту получают при бронхоскопии. При этом в нее не попадает слюна, микроорганизмы полости рта.

Собирание мокроты

Общий клинический анализ мокроты

Цель: обеспечение качественной подготовки к исследованию, информирование и обучение, обеспечить хранение и доставку материала на исследование для достоверного диагностирования заболеваний дыхательной системы.

Показания: заболевание органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Оснащение: чистая стеклянная широкогорловая банка из прозрачного стекла, направление, дезраствор: 5% -ный раствор хлорамина, 2% -ный раствор бикарбоната натрия.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить и объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования.	
2. Обеспечить лабораторной посудой, направлением.	
3.Обучить технике сбора мокроты. Предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании.	Если пациент испытывает трудности при обучении, оставьте письменные рекомендации.
4. Объяснить, что необходимо почистить зубы утром за 2 часа до сбора мокроты и прополоскать рот и глотку кипяченой водой непосредственно перед сбором.	Гигиена ротовой полости предохраняет от попадания содержимого полости в мокроту.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве не менее 3–5 мл. Закрыть крышку.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Прикрепить направление и доставить в клиническую лабораторию как можно скорее.	*В стационарных условиях* хранить банку с мокротой в специальном холодильнике допускается не более 1–2 часов.

Бактериологическое исследование мокроты

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: стерильная, стеклянная широкогорлая банка с крышкой из крафт-бумаги, направление в лабораторию.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить и объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования.	
2. Объяснить, что сбор мокроты целесообразно проводить до начала антибиотикотерапии.	
3. Обучить технике сбора мокроты: – предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании; – объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты;	Если пациент испытывает трудности при обучении, оставьте ему письменные рекомендации.

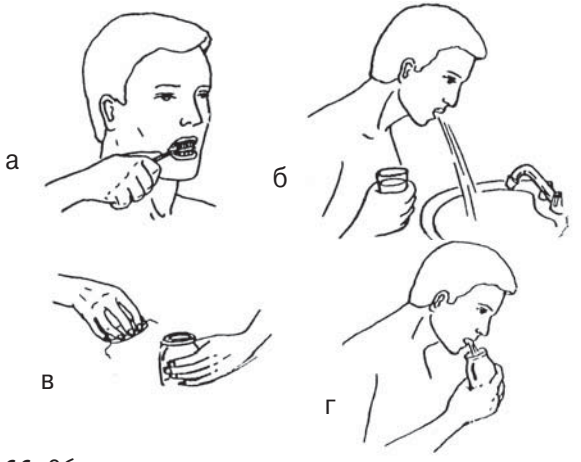


Рис. 66. Обучение пациента подготовке к взятию мокроты для бактериологического исследования:

а — почистить зубы за 2 часа до сбора мокроты; б — полоскание полости рта и глотки кипяченой водой; в — техника открывания банки; г — сбор мокроты при откашливании

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
– объяснить, что необходимо вечером почистить зубы, а утром натощак прополоскать рот и глотку кипяченой водой непосредственно перед сбором.	Чистить зубы можно за два часа до сбора мокроты.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Открыть крышку банки. 2. Откашлять и собрать мокроту (не слюну) в стерильную банку в количестве не менее 5 мл. 3. Закрыть крышку.	Следите, чтобы мокрота не попала на край банки и не касайтесь внутренней поверхности крышки и банки.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Прикрепить направление и доставить в бактериологическую лабораторию.	Исследуется свежевыделенная мокрота не позднее 1–1,5 часа. *В условиях стационара:* в бактериологическую лабораторию мокроту доставляют в герметичном контейнере, а если необходимо транспортировать мокроту на дальнее расстояние, то используют спецтранспорт.

Исследование мокроты на БК методом флотации

Для исследования на микобактерии туберкулеза мокроту собирают в чистую емкость в течение суток, а при необходимости (малое количество мокроты) в течение 3 суток, сохраняя ее в прохладном месте.

Так при сборе мокроты для исследования на микобактерии туберкулеза необходимо иметь в виду, что они обнаруживаются только в том случае, если их содержание в 1 мл мокроты составляет не менее 10000. Поэтому при сборе мокроты ее накапливают в течение 1–3 суток и доставляют в клиническую лабораторию в количестве не менее 15–20 мл.

Примечание: бактериоскопия проводится троекратно.

Цель: обеспечить качественный сбор мокроты, содержащей достаточное количество микобактерий туберкулеза, если они выделяются.

Оснащение: карманная плевательница для сбора мокроты или чистая, стеклянная широкогорлая банка из темного стекла с крышкой, направление в лабораторию.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Предупредить и объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования.	
2. Объяснить, что необходимо, в течение 3 дней подряд собирать мокроту для исследования в емкость из темного стекла.	На свету микобактерии погибают и лизируются.
3. Обеспечить направлением.	
4.Обучить технике сбора мокроты: – предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании.	Если пациент испытывает трудности при обучении, оставьте ему письменные рекомендации.
5. Объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты.	
6. Объяснить, что вечером необходимо почистить зубы, а утром прополоскать рот и глотку кипяченой водой непосредственно перед сбором.	Можно собирать мокроту, которая отходит ночью.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Утром откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве не менее 15–20 мл. Закрыть крышку.	При скудном отделении мокроты она собирается в течение 1–3 дней в карманную плевательницу из темного стекла. Хранить в прохладном месте, затем перелить в банку для анализа.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Прикрепить направление и доставить банку в клиническую лабораторию.	

Исследование мокроты на АК — атипичные клетки

При взятии мокроты на атипичные (опухолевые) клетки следует помнить, что эти клетки быстро разрушаются, поэтому исследуют свежевыделенную мокроту.

Для большей вероятности попадания опухолевых клеток в мокроту иногда применяют предварительные ингаляции с протеолитическим ферментом трипсином, способствующим выхождению мокроты из наиболее глубоких отделов бронхиального дерева.

Подготовка пациента и правила сбора мокроты такие же, как для общего клинического анализа.

> **Внимание!** Пациентам надо указать на то, что исследованию подлежит только мокрота, отделяющаяся при кашле, а не при отхаркивании!

Дезинфекция мокроты и карманных плевательниц в домашних условиях

Цель: обеспечить инфекционную безопасность.

Обеззараживание мокроты и посуды, в которой она находится, проводится одним из способов:

– налить в плевательницу дезинфицирующий раствор на $^1/_4$ ее объема, например, 5% р-ра хлорамина или 1% активированного р-ра хлорамина (или другой регламентированный дезинфицирующий раствор);

– дать пациенту плевательницу, объяснив необходимость заполнения ее мокротой до метки $^3/_4$ объема плевательницы;

– обеззаразить мокроту в плевательнице, залив в нее доверху дезинфицирующий раствор на 4 часа;

– вылить мокроту в канализацию.

> **Примечание:** можно обеззаразить плевательницу методом кипячения в 2% растворе питьевой соды в течение 15 минут.

Забор материала из зева и носа для бактериологического исследования

Образец

НАПРАВЛЕНИЕ

В *бактериоскопическую* лабораторию
(какую)
направляется *мазок из зева (З) и носа (Н)*
для исследования *на дифтерию*
(цель исследования)
Ф. И. О. пациента *Иванов Сергей Иванович*
возраст *40 лет*
Место нахождения пациента *БСМП, инфекционное отд.*

Дата, час *20 мая 1998 г. 8 час. 40 мин.*
Подпись взявшего анализ

Цель: выявить возбудителя заболевания.

Оснащение:

– штатив со стерильными пробирками, плотно закрывающимися ватно-марлевыми тампонами, в которые вмонтированы стержни с накрученными сухими ватными тампонами для забора материала;

– шпатель стерильный в крафт-пакете;

– бикс для транспортировки пробирок, штатив;

– стеклограф.

Забор материала из зева

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата исследования и получить согласие на процедуру.	Объяснить пациенту, что забор материала из зева проводится утром, натощак, до приема лекарственных средств. Достоверный ответ получают через 5–7 дней, если правильно подготовлен пациент и правильно взят мазок.

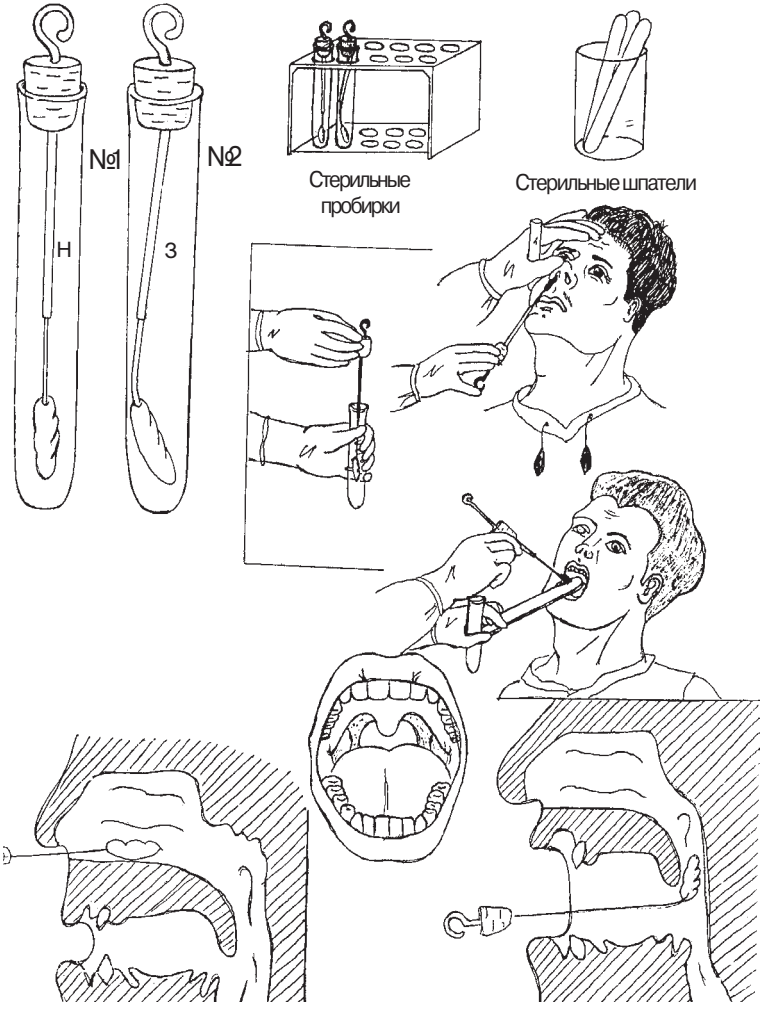


Рис. 67. Взятие мазков из зева и носа для бактериологического исследования

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
2. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.	
3. Усадить пациента лицом к источнику света, сесть напротив пациента.	
4. Поставить стеклографом номер на пробирках, соответствующий номеру в направлении: *ЗЕВ – №1*, установить пробирку в штатив.	Порядковый номер каждой пробирки должен соответствовать номеру направления с указанием Ф.И.О. пациента.
5. Взять в левую руку шпатель и пробирку с меткой: *ЗЕВ – №1*.	Убедиться, что пробирка соответствует фамилии, имени, отчеству (Ф.И.О.) данного пациента!
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Попросить пациента открыть рот, ввести шпатель в рот, фиксировать им язык пациента.	
2. Извлечь правой рукой из пробирки стержень со стерильным тампоном, держа его за пробку в виде ватно-марлевого тампона.	
3. Взять мазок, не касаясь стерильным тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, последовательно обтерев правую миндалину, затем небную дужку, язычок, левую небную дужку, левую миндалину и заднюю стенку глотки.	Провести только одним тампоном справа и слева (при подозрении на дифтерию — на границе измененной и неизмененной поверхности миндалин). При неясно локализованных изменениях взять мазки двумя тампонами: из очага и из всех других секторов ротоглотки, указав это на пробирке.
4. Вынуть шпатель из полости рта, погрузить в дезраствор.	Шпатель после дезинфекции подлежит предстерилизационной обработке и стерилизации.
5. Извлечь тампон, не касаясь им слизистой оболочки полости рта и языка.	
6. Ввести тампон в пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки, плотно закрыть ее.	Тампон должен как можно меньше времени находиться в нестерильных условиях окружающей среды.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
7. Поставить пробирку в штатив, затем в бикс, закрыв его на «замок».	На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять перчатки, маску, погрузить их в дезинфицирующий раствор.	
2. Вымыть и осушить руки.	
3. Оформить направление в бактериологическую лабораторию.	
4. Доставить пробирку с сопроводительным документом в лабораторию.	Пробирку можно хранить в специальном холодильнике не более 2–3 часов.

Забор материала из носа

Цель: выявить возбудителя заболевания.

Оснащение: такое же, как при заборе материала из ротоглотки (см. выше).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования и получить согласие.	
2. Осмотреть полость носа, убедиться, что она чистая.	*При необходимости:* очистить нос (предложить пациенту высморкаться), удалить корки из полости носа, размягчив их стерильным вазелиновым маслом, затем очистить сухим ватным фитилем.
3. Вымыть руки с мылом, надеть маску и перчатки.	
4. Поставить стеклографом номер на пробирках, соответствующий номеру в направлении: «НОС-2», установить пробирку в штатив.	Порядковый номер каждой пробирки должен соответствовать номеру направления с указанием Ф.И.О. пациента.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
5. Усадить пациента лицом к источнику света. Сесть напротив пациента.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Взять закрытую пробирку с меткой «НОС-2» в левую руку под 3, 4, 5-й пальцы, а правой рукой извлечь из нее тампон.	Пальцы правой руки должны касаться только пробки пробирки, в которую вмонтирован стержень с тампоном.
2. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки, а правой — ввести тампон в глубь правой, затем левой полости носа.	Тампон вводится легким вращательным движением в нижний носовой ход на глубину 1,5–2 см.
3. Извлечь тампон из полости носа.	Тампон должен как можно меньше времени находиться в нестерильных условиях окружающей среды.
4. Осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки, ввести в нее тампон.	Следите, чтобы пробирка была плотно закрыта.
5. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем в бикс, закрыв его на «замок».	Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О пациента. На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять перчатки, маску и погрузить их в дезинфицирующий раствор.	
2. Вымыть и осушить руки.	
3. Оформить направление.	
4. Доставить взятый материал в биксе с направлением в бактериологическую лабораторию.	Пробирку можно хранить в специальном холодильнике не более 2–3 часов.

Забор материала на менингококк из носоглотки

Цель: выявить возбудителя заболевания.

Оснащение:

– штатив со стерильной пробиркой, плотно закрывающейся ватно-марлевым тампоном, в который вмонтирован стержень с накрученным сухим ватным тампоном для забора материала;

– шпатель стерильный в крафт-пакете;

– флакон или пробирка с питательной средой, полученные в бактериологической лаборатории;

– бикс с поролоном, грелка, термометр для укладки пробы и поддержания температуры в пределах 38 °С в момент транспортировки.

– спецодежда для медсестры;

– бланк-направление (учетная форма № 204/У);

– штатив для пробирок с пробами;

– стеклограф для маркировки пробирок.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования и получить согласие.	Забор материала производят утром натощак, до лечения.
2. Вымыть руки с мылом, надеть халат, маску и перчатки.	
3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.	
4. Установить пробирку в штатив.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Налить в пробирку 3–5 мл питательной среды.	Соблюдать стерильность.
2. Изогнуть стерильный ватный тампон о край пробирки под углом 135° на расстоянии 3–4 см от конца.	Можно взять готовый изогнутый стержень с тампоном.
3. Предложить пациенту широко открыть рот.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
4. Надавить шпателем, который находится в левой руке, на корень языка.	
5. Ввести тампон концом вверх под мягкое небо в носоглотку и осторожным движением собрать слизь.	Необходимо провести тампоном под мягким небом 2–3 раза.
6. Извлечь тампон, не касаясь слизистой оболочки рта и зубов.	
7. Поместить в пробирку с питательной средой, не касаясь ее стенок.	
8. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем штатив в бикс.	Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.
9. Положить грелку в бикс, уплотнив поролоном, термометр для поддержания температуры в пределах 38 °С в момент транспортировки. Закрыть бикс на «замок».	Менингококк погибает при температуре ниже 37 °С. На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять перчатки, маску и погрузить их в дезинфицирующий раствор.	
2. Доставить взятый материал в биксе с направлением в бактериологическую лабораторию.	Биологический материал доставляется как можно быстрее, в течение 1 часа.

Исследования мочи

Образец

НАПРАВЛЕНИЕ

В *бактериоскопическую* (какую) лабораторию

направляется *мазок из зева (З) и носа (Н)*

для исследования *на дифтерию* (цель исследования)

ФИО пациента *Иванов Сергей Иванович*

возраст *40 лет*

Место нахождения пациента *БСМП, инфекционное отд.*

Дата, час *20 мая 1998 г. 8 час. 40 мин.*

Подпись взявшего анализ _____

Исследования мочи позволяют определить физические свойства, химический состав, микроскопию осадка и указывают на состояние почек и их функцию, а также позволяют судить о наличии поражения ряда других органов и систем. Поэтому они являются составной частью в общем обследовании пациента.

Сбор мочи для общего клинического анализа

Цель: диагностическая.

Оснащение: чистая сухая баночка емкостью 200–300 мл и направление (этикетка).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента правильно подготовить сосуд для сбора мочи: – взять сухую чистую стеклянную банку с крышкой емкостью 200 мл; – обучить пациента технике гигиенической процедуры (подмывания) утром, накануне исследования; – приготовить теплую кипяченую воду с мылом в емкости; – подмыть наружные половые органы и промежность, поливая воду в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область заднего прохода в направлении от уретры к заднему проходу; вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении (если у пациентки в этот момент менструация, посоветуйте ей закрыть область влагалища ватно-марлевым тампоном). 2. Оформить направление на общий анализ мочи в клиническую лабораторию по форме.	*В условиях стационара:* оформить направление на общий анализ мочи в клиническую лабораторию по форме. Дать пациенту чистую сухую баночку емкостью 150–200 мл с направлением. Подмыть пациента утром накануне процедуры.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обучить пациента технике сбора мочи на клинический анализ: – утром, после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз на счет «1», «2»; – задержать мочеиспускание; – открыть банку; – собрать в банку 150–200 мл мочи (при необходимости завершить мочеиспускание в унитаз);	Обеспечьте пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
– закрыть банку крышкой. 2. Попросить пациента повторить всю полученную от вас информацию.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Объяснить пациенту, где он должен оставить емкость с мочой и направление, а также кому он должен сообщить об этом.	*В условиях стационара*: – объяснить пациенту, где он должен оставить емкость с мочой и направлением и кому сообщить об этом. Применение консервирующих веществ нежелательно, но допускается в виде исключения, если анализ не может быть произведен в положенное время (добавляется кристаллик тимола на 100 – 150 мл мочи). Хранение мочи до исследования допускается только в холодильнике не более 1,5 часа.

Сбор мочи на сахар из суточного количества

Цель: диагностика сахарного диабета.

Оснащение: 2–5-литровая чистая стеклянная банка с крышкой, банка вместимостью 200 мл, направление (этикетка) в клиническую лабораторию.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить цель исследования.	
2. Объяснить пациенту, что он должен соблюдать обычный водно-пищевой и двигательный режим и собирать мочу в течение суток.	Физическая нагрузка и другие отрицательные факторы влияют на результат анализа.
3. Обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи и емкости для доставки в лабораторию: подготовить чистую стеклянную банку емкостью 2–5 л и банку емкостью 200 мл для доставки мочи в лабораторию.	Емкость банки для сбора мочи зависит от обычного суточного диуреза.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обучить пациента технике сбора мочи для исследования: – в 6.00 предложить пациенту выпустить мочу в унитаз;	Моча, скопившаяся за ночь в мочевом пузыре до исследо-

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
– собрать всю выделяемую мочу в большую банку в течение суток (до 6.00 следующего дня); – измерить общее количество мочи (суточный диурез), записать результат в направлении; – перемешать (взболтать) суточное количество мочи в банке; – отлить 100–200 мл мочи в отдельно приготовленную баночку для доставки в лабораторию.	вания, не учитывается. Емкость для сбора мочи хранится в прохладном месте.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Прикрепить направление-этикетку с указанием суточного диуреза (суточного количества мочи) на баночку емкостью 200–300 мл.	
2. Попросить пациента повторить всю полученную от вас информацию.	Обеспечьте пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
3. Объяснить пациенту, что утром он или его близкие родственники должны принести емкость с мочой, на направлении (этикетке) которой указано суточное количество мочи в клиническую лабораторию.	*В условиях стационара:* объяснить пациенту, куда он должен собирать мочу в течение суток и кому сообщить об окончании сбора мочи.

Сбор мочи для исследования по методу Нечипоренко

Цель: получить достоверную информацию о количественном составе лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в моче.

Оснащение: чистая сухая стеклянная банка емкостью 100–200 мл с крышкой, направление по форме.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи: подготовить сухую чистую стеклянную ба-	*В условиях стационара:* – оформить направление на исследование по форме;

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
баночку емкостью 100–200 мл, вымытую с содой (без мыла).	– дать чистую сухую стеклянную банку емкостью 100–200 мл с направлением.
2. Обучить пациента технике подмывания перед сбором мочи: см. алгоритм «*Подмывание пациентов*».	
3. Оформить направление на исследование.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Обучить пациента технике сбора мочи на исследование: – п*осле подмывания:* – выделить первую струю мочи в унитаз (или судно) на счет «1», «2»; – задержать мочеиспускание; – выделить мочу в баночку в количестве не менее 10 мл; – задержать мочеиспускание, отставить баночку; – завершить мочеиспускание в унитаз.	Для исследования собрать 2–3 мл мочи.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Закрыть баночку крышкой.	
2. Попросить пациента повторить всю полученную информацию.	Обеспечить письменной информацией, если пациент имеет трудности в обучении.
3. Объяснить пациенту или его родственникам, куда и в какое время отнести баночку с мочой и направлением.	*В стационарных условиях*: объяснить, где поставить банку с мочой и направлением.



Рис. 68. Сбор мочи по методу Нечипоренко

Сбор мочи для исследования по методу Зимницкого

Цель: оценка функциональной способности почек.

Оснащение: 8 чистых сухих стеклянных банок емкостью 200–500 мл с этикетками с указанием номера порции, 2–3 дополнительные стеклянные банки.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту, что он должен соблюдать обычный водно-солевой и двигательный режим, не принимать диуретики (мочегонные средства).	Диуретики искажают суточный диурез.
2. Обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи: подготовить 8–10 чистых стеклянных банок емкостью 200–500 мл с этикетками, оформленными по форме, с указанием времени сбора мочи: 6–9, 9–12, 12–15, 15–18, 18–21, 21–24, 24–3, 3–6 часов следующего дня. Дополнительные банки оформить после сбора мочи.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Объяснить пациенту, что сбор мочи будет проходить в течение суток: – в 6.00 предложить пациенту выпустить мочу в унитаз; – собирать каждые 3 часа в отдельную банку; – объяснить, что при отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая банка остается пустой (на этикетке отмечается «отсутствие порции мочи») и доставляется вместе с остальными в лабораторию; – предупредить пациента, что ночью его разбудят для сбора соответствующей порции мочи (родственники или медсестра).	Объяснить, что при частых мочеиспусканиях или выделении большего количества мочи ее следует собирать в дополнительную посуду и указать временной промежуток на направлении (этикетке).
2. Объяснить и показать, куда ставить банки с мочой.	
3. Учитывать всю жидкость, принятую за сутки (вести лист учета водного баланса).	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
4. Попросить пациента повторить всю полученную от медицинской сестры информацию.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Объяснить пациенту, куда и в какое время он или его родственники должны принести все порции с направлениями на каждой банке, заполнив их по форме.	*В условиях стационара:* доставить все порции в лабораторию.

Обучение пациента (пациентки) сбору мочи для бактериологического исследования

Цель: получить достоверную информацию о виде микрофлоры в моче для контроля над распространением инфекции.

Оснащение: стерильная с крышкой из крафт-бумаги, стеклянная баночка емкостью 200 мл, полученная в бактериологической лаборатории, направление по форме, бумажное полотенце, три салфетки.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить смысл и необходимость предстоящего исследования и получить согласие на процедуру.	В случае неинформированности пациента — уточнить у врача дальнейшую тактику.
2. Уточнить понимание цели исследования и объяснить последовательность процедуры.	Обеспечить письменной информацией, если пациент имеет трудности в обучении.
3. Обучить технике подмывания перед сбором мочи: – зайти в туалетную комнату и раздеться до пояса; – вымыть руки; – расстелить бумажное полотенце на тумбочке;	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
– положить на него салфетки и поставить закрытую баночку; – сесть как можно ближе к спинке унитаза и развести ноги. ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИНЫ: – раздвинуть половые губы пальцами и держать их раздвинутыми до окончания процедуры; – подмыть половые губы кипяченой водой с мылом, проводя рукой в направлении спереди назад; – осушить половые губы и наружное отверстие мочеиспускательного канала, меняя салфетки. ПОДГОТОВКА МУЖЧИНЫ: – взять половой член, как при мочеиспускании, освободить головку, отодвинуть крайнюю плоть и вымыть ее водой с мылом; – высушить головку полового члена, используя три салфетки.	Выбросить салфетки в унитаз после однократного промокания.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обучить пациента технике сбора мочи на исследование: – после подмывания: – взять баночку, открыть крышку так, чтобы не касаться внутренней поверхности крышки и баночки; – положить крышку внутренней поверхностью вверх на бумажное полотенце; – выделить первую струю мочи в унитаз (или судно) на счет «1», «2»; – задержать мочеиспускание; – подставить баночку; – выделить мочу в баночку в количестве не менее 10 мл и задержать мочеиспускание.	
2. Закрыть баночку крышкой, не касаясь внутренней поверхности крышки и баночки, отставить баночку.	
3. Завершить мочеиспускание в унитаз.	
4. Вымыть руки, осушить.	
5. Одеться.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Попросить пациента повторить всю полученную информацию; объяснить пациенту или его родственникам, куда и в какое время отнести баночку с мочой и направлением в бактериологическую лабораторию.	*В стационарных условиях*: Объяснить, где поставить баночку с мочой и направлением. Баночку с мочой можно хранить в специальном холодильнике при температуре + 4 °С не более 24 часов.



97. Сбор мочи для бактериологического исследования у женщин

Исследование мочи на диастазу

Для исследования собирают в чистую сухую посуду 50 мл свежевыделенной мочи и доставляют в лабораторию в теплом виде. Исследуется сразу при поступлении, поэтому следует предупредить лаборанта.

Исследование мочи на глюкозурический профиль

Цель: диагностика сахарного диабета.

Оснащение: 0,5–1-литровая чистая стеклянная банка с крышкой, банка вместимостью 200 мл, направление-этикетка в клиническую лабораторию.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту ход процедуры.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
2. Объяснить пациенту, что он должен соблюдать: – обычный водно-пищевой и двигательный режим, не принимать диуретики (мочегонные средства).	Физическая нагрузка и другие отрицательные факторы влияют на результат анализа.
3. Обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи: – подготовить 3 чистых стеклянных банки с крышками емкостью 500 или более мл с указанием времени сбора мочи: 8–14, 14–22, 22–8 часов следующего дня; – подготовить 3 чистых стеклянных банки с крышками емкостью 200 мл для транспортировки мочи в лабораторию.	Емкость банок зависит от количества суточной мочи (диуреза).
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. В 8.00 опорожнить мочевой пузырь.	
2. Опорожнять мочевой пузырь с 8.00 до 14.00 в первую емкость, с 14.00 до 22.00 — во вторую, с 22.00 до 8.00 следующего дня — в третью емкость.	Емкости для сбора мочи хранятся в прохладном месте.
3. Определить количество мочи в каждой емкости и записать результат на бланке направления.	
4. Перемешать последовательно мочу в больших емкостях, отлить в емкости по 200 мл.	В условиях стационара: моча может быть доставлена в больших емкостях.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Объяснить пациенту, что утром он или его близкие родственники должны принести три емкости с мочой в клиническую лабораторию, на направлении — этикетке которых указано количество мочи за временной промежуток.	*В условиях стационара:* доставить в лабораторию емкости, плотно закрытые крышками с этикетками-направлениями.

Исследование желчных пигментов в моче экспресс-методом (проба Розина)

Цель: обнаружить желчные пигменты в моче для подтверждения вирусного гепатита.

Оснащение: баночка со свежевыделенной мочой для исследования; пробирки в штативе; лоток для проведения исследования; раствор Люголя или 1%-ного спиртового раствора йода; емкости для дезинфекции использованных предметов; пипетки на 5 мл и 1 мл; перчатки.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.	
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие, исключить противопоказание.	*Противопоказанием* является прием лекарственного средства – антипирина, которое дает такое же кольцо, как раствор Люголя или 1% р-р йода.
3. Обеспечить изоляцию, дать пациенту баночку и попросить помочиться в нее.	
4. Надеть перчатки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Налить в пробирку 4–5 мл мочи.	
2. Набрать пипеткой примерно 1 мл раствора Люголя или 1% спиртовой р-р йода.	
3. Осторожно, по стенке, наслоить раствор Люголя или 1% спиртовой р-р йода на мочу в пробирке.	Пробирку держать наклонно.
1. Отметить появление на границе жидкостей зеленого кольца по мере наслоения.	Появление на границе жидкостей зеленого кольца возможно при наличии билирубина в моче.
2. Слить мочу, продезинфицировать.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
3. Погрузить в емкость для последующей дезинфекции все использованные предметы.	
4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.	Провести дезинфекцию использованных предметов и мочи в соответствии с действующей инструкцией (приказом).
5. Вымыть руки, осушить.	

Исследования кала

Результаты исследования зависят от правильной подготовки пациента, правильного сбора, хранения и доставки материала на исследования.

Исследовать кал необходимо не позднее 8–12 часов после выделения при условии хранения при температуре 3–5 °С.

Собирать кал надо в чистую сухую посуду, желательно стеклянную.

Избегать примеси мыла, выделений половых органов.

Различают общий, или копрологический, анализ кала, кал на скрытую кровь, кал на я/г, бактериологическое исследование кала, кал на простейшие.

Исследование кала на копрограмму

Цель: получить достоверную информацию о макроскопическом, микроскопическом и химическом составе кала, пищеварительной функции ЖКТ.

Оснащение: чистая, сухая баночка с направлением (этикеткой), деревянный шпатель для однократного применения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Отменить лекарственные средства, изменяющие внешний вид фекалий и усиливающие перистальтику: слабительные; ваго- и симпатотропные средства: эфедрин, прозерин; бария сульфат, препараты висмута, железа и препараты, вводимые в ректальных свечах, приготовленных на жировой основе.	Если необходимо изучить степень усвоения пищи, а именно, белков, жиров, углеводов, целесообразно применить по назначению врача диеты Шмидта или Певзнера, содержащие точно дозированные определенные наборы продуктов.
2. За три дня до исследования необходимо избегать пищевых продуктов, содержащих железо: мясо, рыба, все виды зеленых овощей.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Собрать 5–10 г кала в чистую сухую стеклянную посуду, используя шпатель, который затем надо уничтожить (сжечь).	Процедура выполняется в перчатках.
2. Емкость с пробой кала плотно закрыть крышкой.	Исключить попадание мочи. Нельзя брать кал после клизмы. При необходимости собирают всю порцию кала за одну дефекацию во взвешенную посуду.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Доставить пробу кала с направлением в клиническую лабораторию.	Анализ собирается на 3–4–5 день трехкратно с учетом ежедневного опорожнения кишечника.

Примечание: наиболее распространенные диеты Шмидта (общая калорийность 2250 ккал) и Певзнера (общая калорийность 3250 ккал) назначаются за 4–5 дней до исследования. Анализ собирается на 3–4–5-й дни троекратно с учетом ежедневного опорожнения кишечника.

Диета Шмидта — щадящая диета:

- утром — 0,5 л молока или чая, белый хлеб с маслом и яйцо всмятку;
- завтрак — 0,5 л овсяной каши, сваренной на молоке;
- обед — 125 г тощего мяса, слегка обжаренного (внутри сырого), 200–250 г картофельного пюре;
- полдник — 0,5 л чая или молока, хлеб с маслом;

• ужин — 0,5 л молока или жидкой овсяной каши, белый хлеб с маслом и яичница (1–2 яйца).

В норме: пищевые остатки в кале не обнаружены.

Троекратное исследование кала дает представление о функциональном состоянии пищеварительного тракта.

Исследование кала на простейшие и яйца глистов

Цель: обеспечение достоверного исследования кала.

Оснащение: чистая сухая банка с направлением (этикеткой), деревянный шпатель однократного применения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Подготовки не требуется.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Кал собирают в чистую сухую посуду без примеси воды, мочи и дезинфицирующих веществ из разных мест разовой порции в количестве около ¼ емкости 200-граммовой баночки (3–5 г).	Для взятия кала используется деревянная палочка, которая затем уничтожается (сжигается). Процедура выполняется в перчатках.
2. Емкость с пробой кала плотно закрыть крышкой.	Для контроля лечения в лабораторию направляют всю порцию испражнений в дни приема противоглистного средства, вместе с крупным паразитом, если таковой выделился. Остатки кала дезинфицируют погружением в 10% раствор лизола в течение 6 часов.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Доставить пробу кала в теплом виде с направлением в клиническую лабораторию не позднее 15–20 минут.	В остывшем кале вегетативные формы простейших гибнут и невозможно отличить патогенные формы и непатогенные.

Исследование кала на скрытую кровь

Цель: диагностика кровотечений при заболеваниях органов пищеварения.

Оснащение: судно, чистая, сухая банка с направлением (этикеткой), деревянный шпатель однократного применения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.	
2. Обучить пациента правилам подготовки к исследованию: – исключить из пищи яйца, мясо, рыбу, яблоки, зеленые овощи, помидоры, лекарства, изменяющие цвет кала и содержащие железо, висмут в течение 3–4 дней перед исследованием.	При кровоточивости десен нельзя чистить зубы щеткой в течение всего периода подготовки.
3. Дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии, в случае наличия иного источника кровотечения.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Обучить пациента технике сбора кала на исследование: – опорожнить кишечник в судно (без воды), а не в унитаз, – надеть перчатки перед взятием фекалий; – взять шпателем 5–10 г фекалий из темных разных участков кала в сухую банку.	Процедура выполняется в перчатках. Собрать фекалии для исследования утром. Темные участки кала могут содержать пигмент крови.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Закрыть крышкой банку с фекалиями.	
2. Попросить пациента повторить всю полученную информацию.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
3. Объяснить пациенту (или его родственникам), что банку с калом и направлением необходимо отнести в клиническую лабораторию в течение 1 часа.	*В стационарных условиях:* доставить в лабораторию емкость с фекалиями и направление на исследование в течение 1 часа.

Забор кала для бактериологического исследования

Цель: выявить возбудителя инфекционного заболевания кишечника.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом, плотно закрывающаяся ватно-марлевым тампоном, в который вмонтирован стержень с металлической петлей для забо-

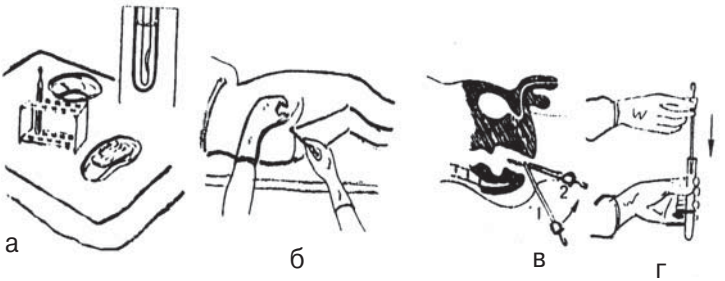


Рис. 70. Взятие кала для бактериологического исследования:
а — подготовка к взятию кала; б — взятие кала;
в — техника выполнения соскоба слизистой прямой кишки, вращение стержня; г — погружение стержня в пробирку.

ра материала; резиновые перчатки, маска, направление по форме.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие на процедуру.	Забор материала производят в любое время, согласовав с лабораторией. Достоверный ответ получают через 5–7 дней, если правильно подготовлен пациент и правильно взят мазок.
2. Вымыть руки с мылом, надеть халат, маску и перчатки.	
3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.	
4. Установить пробирку, содержащую консервант, в штатив.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента на левый бок, привести колени к животу.	Пациент может принять коленно-локтевое положение.
2. Извлечь петлю из пробирки (держать ее только за наружную поверхность ватно-марлевого тампона, плотно закрывающего пробирку).	Соблюдается стерильность.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
3. Развести ягодицы пациента левой рукой, осторожно ввести петлю в анальное отверстие, продвигая ее в прямую кишку вначале по направлению к пупку (1–2 см), а затем параллельно позвоночнику, продвигая петлю еще на глубину 4–5 см.	Методика забора материала из прямой кишки зависит от ее расположения.
4. Взять мазок легкими вращательными движениями со стенки прямой кишки, затем осторожно удалить петлю.	
5. Опустить петлю в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев и наружной поверхности; пробирки.	Плотно закрыть пробирку с консервантом ватно-марлевым тампоном, в который вмонтирован стержень с металлической петлей для забора материала. Петля полностью погружена в раствор.
6. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем штатив в бикс, уплотнив поролоном.	Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.
7. Закрыть бикс на «замок».	На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять перчатки, маску и погрузить их в дезинфицирующий раствор.	
2. Доставить взятый материал в биксе с направлением в бактериологическую лабораторию.	Биологический материал доставляется как можно быстрее, но не позже, чем через 1 час.

Соскоб на энтеробиоз

Цель: выявить методом мазка яйца гельминтов (остриц), вызывающих энтеробиоз.

Оснащение:

– предметное стекло;

– покровное стекло или второе предметное стекло;

– 50% раствор глицерина, пипетка;

– деревянный шпатель или спичка, отточенная в виде лопаточки;

– направление в клиническую лабораторию;

– стеклограф;

– резиновые перчатки, маска.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.	Пациента не подмывать, так как произойдет удаление яиц гельминтов с перианальных складок. Забор материала утром, желательно перед пробуждением пациента или сразу после него. Достоверный ответ получают в день исследования, если правильно подготовлен пациент и правильно взят соскоб.
2. Поставить стеклографом номер на предметное стекло, соответствующий номеру направления.	
3. Уложить предметное стекло согласно порядковому номеру на лоток.	
4. Взять пипетку, набрать в нее каплю 50% глицерина, капнуть на предметное стекло.	
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента на бок, привести колени к животу.	Пациент может принять коленно-локтевое положение.
2. Смочить деревянный шпатель или спичку, отточенную в виде лопаточки в 50% растворе глицерина.	
3. Пальцами левой руки раздвинуть ягодицы.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
4. Произвести осторожное соскабливание с поверхности складок, окружности ануса и нижнего отдела прямой кишки, держа деревянный шпатель или спичку, отточенную в виде лопаточки в правой руке.	
5. Краем покровного стекла осторожно перенести биологический материал с деревянного шпателя или спички на предметное стекло в каплю 50% глицерина.	Это делается для более тонкого нанесения мазка на всю поверхность предметного стекла. Можно биологический материал перенести сразу деревянным шпателем или спичкой, делая тонкий мазок.
6. Накрыть тем же покровным стеклом предметное стекло.	Проверить соответствие номера предметного стекла с номером направления и Ф.И.О. пациента.
7. Завернуть в крафт-бумагу предметное стекло, покрытое покровным стеклом.	При отсутствии покровных стекол можно пользоваться вторым предметным стеклом, которое для большей надежности скрепляют резиновым кольцом.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Снять перчатки, маску, халат и погрузить их в дезинфицирующий раствор.	Надежная дезинфекция достигается методом кипячения в течение 30 минут.
2. Доставить взятый материал на лотке или биксе в клиническую лабораторию.	Биологический материал доставляется утром, в течение 2 часов. Соскоб с перианальных складок производят трехкратно (ежедневно, в течение 3 дней), что увеличивает процент положительных результатов.

Инструментальные методы исследования

К инструментальным относятся методы, применяя которые используют различные аппараты:

• *рентгенологические* (Ro-скопия, Ro-графия, Ro-томография, контрастная ангиография, флюорография и др.);

• *радиоизотопные* (радиометрия, радиография, сканирование);

• *эндоскопические* (бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, дуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия, лапароскопия);

• *функциональные* (ЭКГ-электрокардиография, ЭЭГ-электроэнцефалография, электрогастроскопия, электромиография, осциллография, реография, спирография, пневмотахометрия, ФКГ-фонокардиография).

Проведение инструментальных методов исследования требует специальной подготовки пациента, от которой зависят достоверность и информативность полученных результатов.

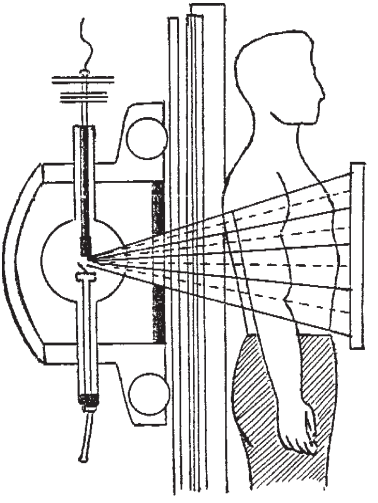


Рис. 71. Рентгенодиагностика

Рентгенологические методы исследования

Использование рентгеновских лучей в диагностике основано на способности их проникать через ткани. Эта способность зависит от плотности органов и тканей, их толщины, химического состава. Поэтому проницаемость Ro-лучей различна и создает различную плотность теней на экране аппарата.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

Цель: диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

Противопоказания: язвенные кровотечения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.	
2. Объяснить, что подготовки к исследованию не требуется.	При вздутии кишечника вечером и утром можно поставить очистительную клизму.
3. Предупредить пациента, чтобы он явился в рентгенологический кабинет утром, в назначенное врачом время.	*В стационарных условиях:* проводить (или транспортировать) пациента в рентгенологический кабинет в назначенное время с направлением.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. В рентгенологическом кабинете пациент принимает внутрь взвесь сульфата бария в количестве 150–200 мл.	В некоторых случаях доза контрастного вещества определяется врачом-рентгенологом.
2. Врач делает снимки.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.	*В стационарных условиях:* необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Пероральная холецистография (рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей)

Цель: диагностика заболеваний желчного пузыря.

Противопоказания: холецистография не проводится при тяжелых поражениях печени, острых воспалительных заболеваниях печени, с повышенной температурой тела.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Провести беседу о необходимости исследования, обучить подготовке к нему: – освободить кишечник от содержимого естественным путем перед исследованием.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении. При метеоризме поставить очистительную клизму вечером, за 2 часа до сна.
2. Дать таблетки контрастного вещества за 14–17 часов до исследования дробными порциями в течение 1 часа, через каждые 10 мин, запивать сладким чаем.	В некоторых случаях доза и вид контрастного вещества определяется врачом-рентгенологом.
3. Натощак, утром прийти в рентгенкабинет.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. В рентгенкабинете делаются обзорные снимки, после чего пациент принимает желчегонный завтрак (2 яичных желтка, сорбит — 20 г).	Желчегонный завтрак может не назначаться.
2. Серию снимков делают через 10, 20, 30, 45 минут после желчегонного завтрака, а затем через 20 минут в течение 2 часов.	Определяется сократительная способность желчного пузыря при приеме желчегонного завтрака.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.	*В стационарных условиях:* Необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Холеграфия (рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей)

После внутривенного введения контрастного средства (билигноста, эндографина, билиграфина).

Цель: диагностика заболеваний желчного пузыря.

Противопоказания: тяжелые поражения печени, острые воспалительные заболевания печени с повышенной температурой тела.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Провести беседу о необходимости исследования, обучить подготовке к нему.	Обеспечьте пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
2. За 1–2 дня до исследования провести пробу на чувствительность к рентгеноконтрастному средству. При отрицательной пробе — продолжить подготовку.	Наиболее простой способ — это прием внутрь раствора йодистого калия по столовой ложке 3 раза в день. При положительной пробе появляются сыпь, зуд и др. Проявления аллергической реакции.
3. Накануне вечером поставить очистительную клизму.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Утром натощак в рентгенкабинете внутривенно ввести контрастного средства в нужной концентрации и подогретого до 37 °С, медленно в течение 5–8 минут, пациент находится в горизонтальном положении.	Доза контрастного вещества определяется врачом-рентгенологом.
2. Делается серия снимков спустя 15 минут.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.	*В стационарных условиях:* необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Ирригоскопия (рентгенологическое исследование толстой кишки)

Цель исследования: диагностика заболеваний толстого кишечника: определение формы, положения, состояния слизистой, тонуса и перистальтики отделов толстого кишечника.

Оснащение: см. постановку очистительной клизмы, кружка Эсмарха и 1,5 л взвеси бария сульфата (36–37 °С).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.	Обеспечить пациента письменной информацией, если он имеет трудности в обучении.
2. Объяснить ход и смысл предстоящей подготовки к исследованию: – исключить из питания газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, черный хлеб, фруктовые соки) за 2–3 дня до исследования; – дать пациенту 30–60 мл касторового масла в 12–13 часов дня накануне исследования; – поставить по две очистительные клизмы — вечером накануне исследования и утром, с интервалом в 1 час; – дать пациенту утром в день исследования легкий белковый завтрак.	Обучить пациента подготовке к исследованию. Это необходимо для профилактики вздутия кишечника (метеоризма) и получения достоверного результата.
3. Проводить пациента в рентгенологический кабинет к назначенному времени.	Последняя очистительная клизма ставится за 2 часа до исследования.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Ввести с помощью клизмы взвесь бария сульфата (36–37 °С) до 1,5 л, приготовленного в рентгенкабинете.	Предупредить пациента об изменении цвета кала и трудном опорожнении кишечника.
2. Делается серия снимков.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.	*В стационарных условиях:* необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Внутривенная (экскреторная) пиелография (рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей)

Цель*:* диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Оснащение*:* шприцы одноразовые 20 мл; 30% раствор тиосульфата натрия; все необходимое для очистительной клизмы; рентгеноконтрастное средство (урографин или верографин) по назначению врача.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента и членов его семьи подготовке к исследованию.	Убедиться в правильности понятой информации, попросить пациента повторить методику подготовки, дать письменную инструкцию.
2. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медицинской сестры.	Поскольку почки расположены забрюшинно, недостаточное очищение кишечника мешает исследованию, снимки не получатся.
3. Исключить из питания газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, черный хлеб фруктовые соки) в течение 3 дней до исследования.	Назначается диета № 4 (бесшлаковая). Такая профилактика вздутия кишечника, петли которого расположены впереди почек, обеспечит достоверный результат исследования.
4. Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.	
5. Исключить прием пищи за 18–20 часов до исследования.	
6. Обеспечить прием слабительного средства по назначению врача накануне перед обедом; ограничить прием жидкости со второй половины дня накануне исследования.	
7. Поставить очистительную клизму вечером около 22 часов и утром за 1,5–2 часа до исследования.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
8. Не принимать пищу, лекарства, не курить, не делать инъекции и другие процедуры утром перед исследованием.	
9. Освободить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.	Повышается степень информативности рентгенологического исследования.
10. Проводить (или транспортировать) пациента в рентгенологический кабинет в назначенное время.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Сделать обзорный снимок.	Исключается получение некачественных снимков.
2. Ввести по назначению врача внутривенно медленно 20–40–60 мл рентгеноконтрастного средства.	Доза и название контрастного вещества определяются врачом-рентгенологом.
3. Сделать серию снимков.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Напомнить пациенту, чтобы он доставил снимки лечащему врачу.	*В стационарных условиях:* провести пациента в палату; обеспечить наблюдение и покой.

Эндоскопические исследования

Эндоскопия *(эндо* — внутри, *скопо* — смотрю*)* — метод визуального исследования с помощью оптико-механических осветительных приборов. Разработка волоконной оптики и создание на ее базе фиброскопов (гибких эндоскопов) сделали этот метод безопасным и эффективным не только для диагностики, но и лечения многих патологических состояний.

Бронхоскопия — метод визуального инструментального исследования трахеи, бронхов крупного и среднего калибра с помощью эндоскопов, вводимых в дыхательные пути пациента.

Используются гибкие и жесткие бронхоскопы. Выбор того или иного инструмента определяется каждым конкретным случаем.

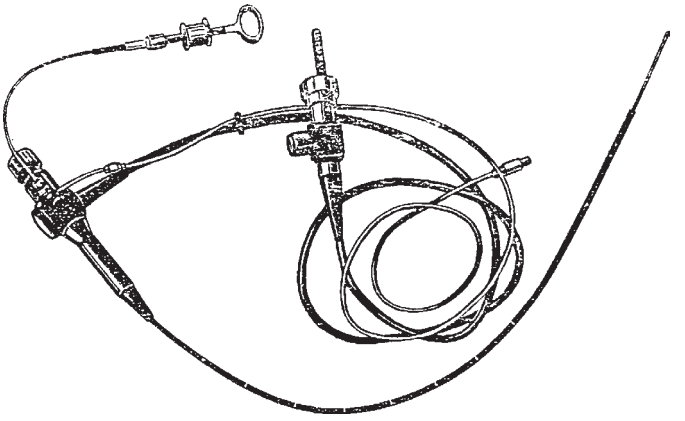


Рис. 72. Бронхофиброскоп BF-B3R японской фирмы «Olimpus»

Бронхоскопия (эндоскопическое исследование бронхов)

Цель*:* визуальный осмотр слизистой и диагностика заболеваний бронхов крупного и среднего калибра, а также их лечение.

Оснащение*:* стерильный бронхоскоп.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Провести премедикацию транквилизаторами по назначению врача в течение нескольких дней до процедуры.	Применяются успокаивающие средства в таблетках.
3. Попросить пациента утром не принимать пищи, воды, лекарств, не курить.	Обеспечивается достоверность исследования.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
4. Опорожнить мочевой пузырь и кишечник естественным путем непосредственно перед исследованием.	Исключить дискомфортные состояния.
5. Провести премедикацию по назначению врача за 15 минут перед процедурой.	Создать условия для свободного ввода бронхоскопа.
6. Явиться в эндоскопический кабинет в назначенное время.	В стационарных условиях проводить пациента в эндоскопический кабинет.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Усадить пациента на стул.	
2. Провести анестезию верхних дыхательных путей через нос (рот).	После пробы на переносимость применяется одно из лекарственных средств: 10% раствор новокаина, 5% раствор тримекаина, 2% раствор лидокаина.
3. Врач вводит бронхоскоп через нос или рот, медицинская сестра ассистирует.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Провести профилактику асфиксии после бронхоскопии.	
2. Провести дезинфекцию и стерилизацию бронхоскопа, инструментов, перчаток.	Дезинфекцию и стерилизацию бронхоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.

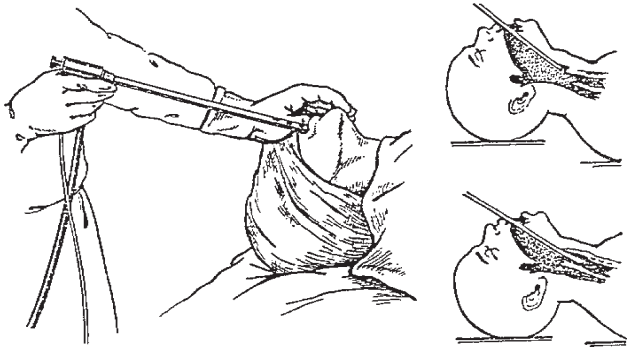


Рис. 73. Схема бронхоскопии жестким бронхоскопом

Фиброгастродуоденоскопия (эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки)

Цель: визуальное определение патологии этих органов, биопсия пораженной ткани и оценка эффективности лечения.

Оснащение: стерильный фиброскоп, полотенце; (см. алгоритм «Промывание желудка»).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить, не чистить зубы.	Промыть желудок за 1,5–2 часа до исследования (при скоплении слизи — по назначению врача).
3. Взять с собой полотенце.	Исключение дискомфорта, связанного с саливацией (слюнотечением).
4. Предупредить, что нельзя разговаривать и глотать слюну во время исследования.	
5. Явиться в эндоскопический кабинет утром в назначенное время.	*В стационарных условиях:* проводить пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Уложить пациента на стол на левый бок с согнутыми ногами, грудь укрыть полотенцем.	Создается необходимое положение тела пациента.
2. Врач вводит гастродуоденоскоп через рот, медицинская сестра ассистирует.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Предупредить пациента, чтобы он не принимал пищу в течение 1–2 часов.	*В стационарных условиях:* провести пациента в палату; обеспечить наблюдение и покой.
2. Провести дезинфекцию эндоскопа, инструментов, перчаток.	Дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.

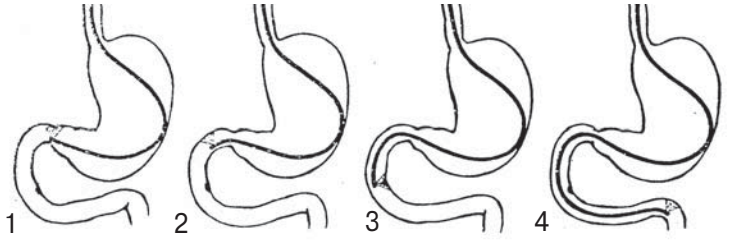


Рис. 74. Схема дуоденоскопии:
1— прохождение привратника; 2 — введение прибора в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки; 3, 4 — осмотр

Ректороманоскопия (эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки)

Цель: визуальное исследование прямой и сигмовидной кишки.

Оснащение: стерильный гибкий ректоскоп (возможно применение жесткого эндоскопа).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры. Объяснить, что исследование проводит врач.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5–2 часа до исследования.	См. алгоритм «Постановка очистительной клизмы»
3. Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.	Исключить дискомфортное состояние.
4. Натощак, утром прийти в манипуляционный кабинет.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Ввести гибкий ректоскоп в прямую кишку на 25–30 см в положении пациента на спине с приподнятыми и раздвинутыми нижними конечностями.	Жесткий ректоскоп — в коленно-локтевом положении пациента.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
2. Извлечь ректоскоп после осмотра.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
	В стационарных условиях: провести пациента в палату; обеспечить наблюдение и покой.
Провести дезинфекцию ректоскопа, инструментов, перчаток.	Дезинфекция и стерилизация эндоскопа, инструментов, перчаток проводится по специальным инструкциям.

Колоноскопия (эндоскопическое исследование толстой кишки)

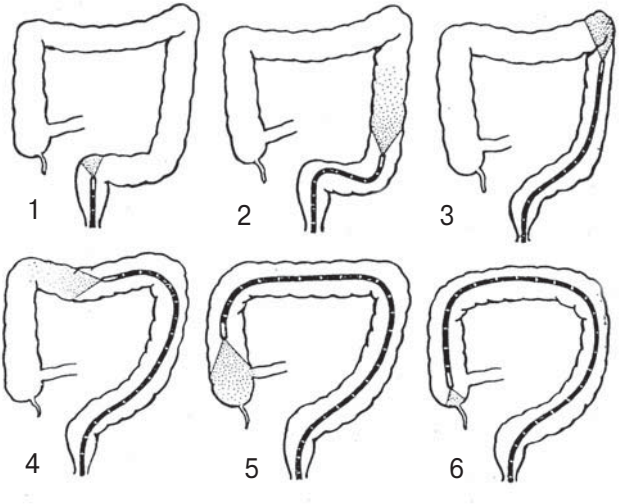


Рис. 75. Техника колоноскопии:
Колоноскоп проведен в начальную часть сигмовидной (1) и далее в нисходящую (2, 3), поперечную (4), восходящую (5) ободочную и слепую (6) кишки

Цель: визуальное исследование высоко расположенных участков толстого кишечника.

Оснащение: стерильный колоноскоп.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию; провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. За 3 дня до исследования рекомендуется бесшлаковая диета №4.	См. выше.
3. В течение 2 дней до исследования назначаются слабительные средства (касторовое масло).	Толстый кишечник эффективно очищается.
4. Вечером, накануне исследования, необходимо сделать очистительную клизму.	
5. Натощак, в день исследования сделать очистительную клизму за 4 и 2 часа до исследования.	
6. Провести премедикацию по назначению врача за 20–30 минут до исследования.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Исследование проводится врачом в положении лежа на левом боку.	
2. Провести анестезию области заднего прохода перед введением колоноскопа.	Применяется 3% дикаиновая мазь.
3. Ввести колоноскоп в прямую кишку.	
4. Извлечь колоноскоп после осмотра, погрузить в дезинфицирующий раствор.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Провести дезинфекцию колоноскопа, инструментов, перчаток.	*В стационарных условиях:* – провести пациента в палату; – обеспечить наблюдение и покой. Дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.

Эндоскопические исследования в урологии

Цистоскопия — эндоскопическое исследование полости мочевого пузыря. Проводится в положении лежа на урологическом кресле.

Хромоцистоскопия — цистоскопия с в/в введением 5 мл 0,4%-ного раствора индигокармина (метиловый синий). Время и интенсивность выделения краски из мочеточников являются показателями функции почек и верхних мочевых путей.

Цистоскопия
(эндоскопическое исследование мочевого пузыря)

Цель: диагностическая и лечебная (удаление доброкачественных опухолей и полипов мочевого пузыря, раздробление камней).

Оснащение: стерильный цистоскоп.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели и ходе процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Утром, накануне исследования, сделать очистительную клизму.	Толстый кишечник эффективно очищается.
3. Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.	
4. Натощак, в день исследования явиться в эндоскопический кабинет.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Исследование проводится в положении лежа в гинекологическом кресле.	
2. Перед введением цистоскопа мужчинам анестезируют мочеиспускательный канал.	Во время процедуры соблюдают асептику.
3. Цистоскоп поливают стерильным глицерином и вводят в мочеиспускательный канал.	
4. Цистоскопию проводит врач, ассистирует медицинская сестра.	

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. После исследования пациент должен соблюдать постельный режим несколько часов.	
2. Проводится дезинфекция инструментов, перчаток, а также последующая их стерилизация. При использовании предметов однократного применения — только дезинфекция, затем утилизация.	Дезинфекцию проводят в 3% растворе хлорамина в течение 60 минут или другом регламентируемом растворе после процедуры.

УЗИ-эхография

УЗИ-эхография — это ультразвуковые исследования, основанные на регистрации ультразвуковых волн на экране видеомонитора, фиксацией на фотопленке. Ультразвуковые волны отражаются от границ тканей с различной плотностью, позволяют получить представление о характере патологических изменений в любом органе, отличить плотное образование от полости с жидкой средой (опухоль, кисту, поликистоз, гидронефроз и др.).

Преимущества этого метода: в организм не вводят какие-либо вещества, безвредность и безопасность, возможность проводить в любом состоянии пациента, мгновенное получение результатов.

Положения пациента при УЗИ

УЗИ почек

Проводится в положении пациента лежа на животе, лицом вниз (можно сидя). Датчик устанавливается со стороны спины или боковых поверхностей живота.

УЗИ печени, поджелудочной железы

Проводится в положении пациента лежа на спине, на правом или левом боку. Датчик накладывается на смазанную вазелином или специальным гелем кожу соответственно топографии исследуемого органа.

УЗИ женской половой сферы

Проводится в положении на спине, при полном моче-

вом пузыре. Датчик накладывается на переднюю брюшную стенку, смазанную вазелином.

УЗИ органов брюшной полости (ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки) и почек

Цель: определение положения, формы, размеров, структуры различных органов брюшной полости.

Оснащение: аппарат УЗИ.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели и ходе процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Исключить из питания в течение 3 дней до исследования газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, черный хлеб, фруктовые соки); не принимать таблетированные слабительные.	Применяется диета № 4.
3. Поставить очистительную клизму вечером накануне исследования.	Толстый кишечник эффективно очищается.
4. Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.	
5. Исключить прием пищи за 18–20 часов до исследования.	
6. Натощак, в день исследования явиться в кабинет УЗИ.	Взять с собой на УЗИ сменную обувь, полотенце, простыню, амбулаторную карту (историю болезни принесет медицинская сестра, если пациент находится в стационаре).
7. Не курить перед исследованием.	Курение вызывает сокращение желчного пузыря.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
УЗИ проводит врач.	

УЗИ с определением сократительной способности желчного пузыря

• Подготовка соответствует подготовке к УЗИ органов брюшной полости.

• В кабинет УЗИ взять желчегонный завтрак (2 яичных желтка в сыром виде).

• Первичный осмотр проводится натощак, затем принимается желчегонный завтрак.

• Повторный осмотр проводится через 50–60 мин.

Примечание. В промежутке между осмотрами исключен прием любых продуктов питания!

УЗИ органов малого таза (мочевого пузыря, матки, яичников, предстательной железы)

• Желательна подготовка, как при УЗИ органов брюшной полости, и наполненный мочевой пузырь.

• За 2–3 часа до исследования выпить 1–1,5 л жидкости (кипяченой воды).

• Возможна подготовка с использованием мочегонных препаратов.

Примечание. При УЗИ женской половой сферы пациент занимает положение на спине, при полном мочевом пузыре. Датчик накладывается на переднюю брюшную стенку, смазанную вазелином.

УЗИ почек, сердца и сосудов

• Особой подготовки не требуется.

• Пациент, направленный на УЗИ, должен иметь: сменную обувь, историю болезни (амбулаторную карту), полотенце, простыню.

Зондовые манипуляции

Студент должен знать:

- цели проведения зондовых манипуляций;
- виды желудочных и дуоденальных зондов;
- особенности проведения промывания желудка у пациента в бессознательном состоянии;
- энтеральные и парентеральные раздражители желудочной секреции;
- противопоказания и возможные осложнения при выполнении зондовых манипуляций;
- беззондовые методы исследования желудочной секреции.

Студент должен уметь:

- объяснить сущность манипуляции пациенту и правила подготовки к ней;
- взять промывные воды желудка для исследования;
- оказать помощь пациенту при осложнениях.

Студент должен иметь навыки:

- промывания желудка пациенту, находящегося в сознании (на фантоме);
- проведения исследования секреторной функции желудка с энтеральными и неэнтеральными раздражителями (на фантоме);
- проведения дуоденального зондирования.

Промывание желудка

Цель: лечебная и диагностическая.

Оснащение: система, состоящая из толстого желудочного зонда — 1 м, резиновой трубки длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянной трубки, соединяющей зонд и резиновую трубку, стеклянной воронки емкостью 1 л; вода комнатной температуры — 10 л в ведре; ковш; таз для промывных вод; спецодежда, фартуки клеенчатые — 2 шт. (для пациента и медицинской сестры); лотки; мар-

левые салфетки; емкость с дезинфицирующим раствором; сухая хлорная известь; перчатки латексные; полотенце.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Собрать систему. 2. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру. 3. Убедиться, что нет противопоказаний к процедуре. 4. Измерить вводимую в желудок часть зонда — от резцов до пупка, добавив длину ладони пациента. 5. Усадить пациента на стул (спина плотно прилегает к спинке стула). 6. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 7. Голову пациента немного наклонить вперед. 8. Приставить таз к ногам пациента. 9. Надеть фартук на пациента. 10. Надеть перчатки и фартук на себя.	*Противопоказания*: кровотечение желудочное или из пищевода, ожоги пищевода и желудка, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать справа от пациента и предложить ему открыть рот. 2. Смочить слепой конец зонда водой. 3. Взять зонд в правую руку на расстоянии 10 см от слепого конца, положить его конец на корень языка. 4. Ввести осторожно зонд в желудок до нужной метки. 5. Опустить воронку до уровня колен пациента (немного наклонив ее), чтобы содержимое желудка вылилось. 6. Наливая воду в воронку, заполнить ее водой по краю воронки. 7. Поднять медленно воронку вверх, чтобы вода достигла устья воронки. 8. Опустить воронку ниже уровня колен пациента и сливать содержимое желудка в таз.	Пациент в это время делает глотательные движения и глубоко дышит через нос. При введении зонда необходимо осуществлять контроль свободного прохождения зонда в желудок. Количество воды, вводимой однократно, должно соответствовать 2/3 размера желудка, примерно 0,75 л. *Прекратить процедуру и вызвать врача, если в промывных водах появились прожилки крови!*

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
9. Повторить промывание несколько раз, до получения чистых промывных вод.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Извлечь осторожно зонд из желудка пациента через полотенце. 2. Поместить зонд с воронкой в емкость с дезинфицирующим раствором или кастрюлю для кипячения. 3. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть салфеткой вокруг рта. 4. Обеспечить пациенту физический и психический покой.	
5. Отправить промывные воды из первой порции (около 200 мл) на исследование в бактериологическую лабораторию.	По назначению врача.
6. Провести дезинфекцию промывных вод в емкости (засыпать сухой хлорной известью из расчета 1:5).	
7. Обработать изделия медицинского назначения, предметы ухода, перчатки в емкости с дезинфицирующим раствором, сменить спецодежду.	Дезинфекция проводится согласно действующим приказам.

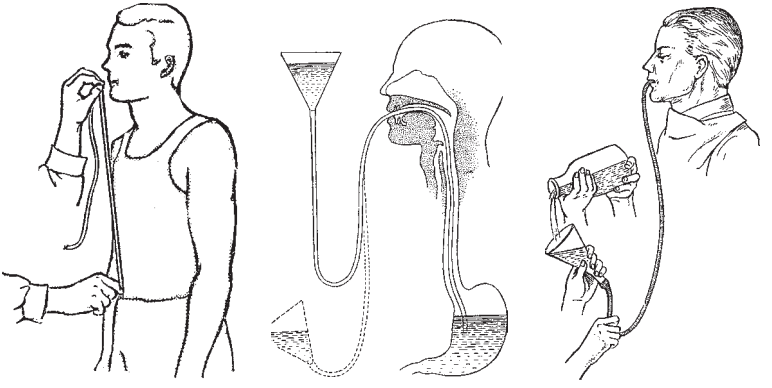


Рис. 76. Промывание желудка

Дуоденальное зондирование

Цель: диагностическая, лечебная.

Оснащение: стерильный дуоденальный зонд с метками через каждые 10 см (9 меток), шприц 20 мл для однократного применения, зажим, почкообразный лоток, не менее 5–6 пробирок, полотенце, салфетка, резиновые перчатки, направление в лабораторию, грелка, мягкий валик или подушка, штатив для пробирок, низкая скамейка, один из стимуляторов для получения желчи из желчного пузыря: 25–50 мл 33% р-ра магния сульфата или 40% р-ра глюкозы (ксилит, сорбит), или растительное масло 40 мл; стакан с теплой водой для сохранения желчи в теплом виде, с целью определения в ней простейших.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения, объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	
2. Подготовить пациента за 3 дня до исследования:	Назначается диета № 4.
– исключать продукты, вызывающие метеоризм;	
– применять на ночь грелку на область правого подреберья;	Если дуоденальное зондирование проводится с целью обнаружения лямблий или повторно, то грелка на ночь не применяется;
– выпивать на ночь ежедневно стакан очень сладкого чая.	Если нет сахарного диабета.
3. Предложить пациенту легкий ужин накануне вечером, не позднее 19 часов.	Утром, в день исследования, нельзя есть, пить, принимать лекарственные средства, курить.
4. Исследование проводится утром натощак.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Ввести зонд обычным способом.	Зонд продвигается в желудок.
2. Предложить пациенту заглатывать зонд до первой метки (примерно 45 см), на свободный конец зонда наложить зажим.	Пациент может сидеть или ходить. Можно удалить содержимое желудка шприцем, присоединенным к зонду.
3. Уложить пациента на кушетку на правый бок без подушки, с согнутыми в коленях ногами.	
4. Подложить под таз пациента валик или подушку, а под правое подреберье — грелку, завернутую в полотенце.	
5. Предложить пациенту заглатывать зонд до 7–8-й метки.	Продолжительность заглатывания зонда 40–60 мин. Зонд попадет в 12-перстную кишку.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
6. Опустить конец зонда в пробирку, когда он продвинется до 9-й метки, снять зажим, начнет выделяться золотисто-желтое прозрачное, вязкое содержимое щелочной реакции.	Это порция А. Можно собрать 2–3 пробирки порции А по 10–15 мл. В лаборатории исследуют истинную порцию А, без примеси желудочного сока. Пробирки помещаются в стакан с теплой водой.
7. Наложить на конец зонда зажим, уложить пациента на спину.	
8. Ввести теплый раствор 33% магния сульфата — 25–50 мл (раздражителя) через зонд, используя шприц как воронку.	Доза определяется врачом.
9. Наложить зажим на свободный конец зонда на 10–20 минут.	Это порция Б из желчного пузыря. Собрать 10–15 мл для исследования.
10. Предложить пациенту снова лечь на правый бок.	
11. Опустить конец зонда в следующую пробирку, снять зажим — начнет поступать темная прозрачная, более вязкая желчь.	Это порция С из желчных протоков печени. Собрать 10–15 мл.
12. Переместить конец зонда в другую пробирку, как только появится прозрачная, светлая, лимонно-желтая, менее вязкая желчь.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Извлечь осторожно зонд обычным способом.	Согласно действующим приказам.
2. Провести дезинфекцию зонда и использованных предметов.	
3. Отправить порции в клиническую лабораторию.	

Ацидометрия

Цель: исследование желудочной секреции в физиологических условиях.

Оснащение: аппарат (ацидогастрометр интраоперационный АГМИ-01) с тремя тонкими зондами, пробирки, индивидуальное полотенце, лоток, салфетка.

Основные преимущества метода: физиологичность и индивидуальный подбор стимулятора, что повышает объективность исследования; сокращение затрат времени, так как одновременно можно провести три исследования.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Объяснить пациенту, что исследование проводится утром натощак.	Далее подготовку осуществлять, как при фракционном исследовании.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
2. Провести проверку работоспособности аппарата: – прогреть в течение 10 минут; – провести калибровку по стандартным буферным растворам с заданными показателями pH.	Проводится перед каждым исследованием.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Ввести зонд обычным способом. 2. Определить реакцию желудочного (базального) сока натощак. 3. Определять реакцию желудочного сока в течение одного часа каждые 15 минут. 4. Провести стимуляцию желудочного сока в зависимости от базальной секреции. 5.Через 30–40 минут снять показатели стимулированной секреции в течение одного часа каждые 15 минут.	*Оценка показателей:* 0–15 — гиперацидность 1,6–2,0 — нормацидность 2,1–5,9 — гипоацидность 6,0 и более — анацидность При нормацидности и сниженной базальной секреции применяется гистамин подкожно. При гиперацидности — атропин подкожно. Доза определяется врачом. Оценка показателей: 0–1,2 — гиперацидность 1,2–2,0 — нормацидность 2,1–3,0 — гипоацидность 3,1–5,0 — сниженная реакция Более 5,0 — анацидность.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Извлечь зонд из желудка обычным способом. 2. Провести дезинфекцию зонда и использованных предметов.	Согласно действующим приказам.

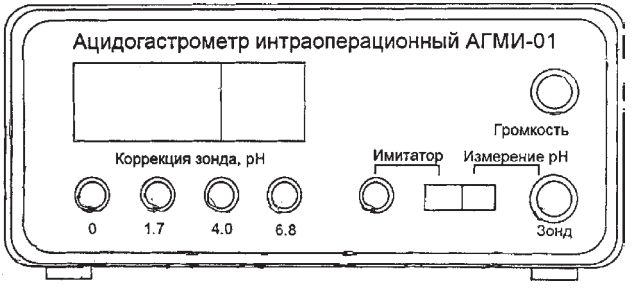


Рис. 77. Аппарат для проведения ацидометрии

Уход при рвоте

Цель: оказать помощь при рвоте.

Оснащение: таз, клеенчатый фартук, клеенка (или полотенце), малые салфетки для ухода за полостью рта, раствор для полоскания полости рта: 2% раствор натрия бикарбоната или 0,01% раствор калия перманганата, электроотсос или грушевидный баллончик.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
ПАЦИЕНТ В СОЗНАНИИ	ПАЦИЕНТ ОСЛАБЛЕН ИЛИ БЕЗ СОЗНАНИЯ
1. Усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой. 2. Дать полотенце, поставить к ногам таз. 3. Сообщить врачу.	Повернуть пациента на бок, если невозможно изменить положение. Повернуть голову набок во избежание аспирации (попадания) рвотных масс в дыхательные пути. Срочно вызвать врача. Убрать подушку. Удалить зубные протезы (если они есть). Накрыть клеенкой шею и грудь пациента (или полотенцем). Подставить ко рту почкообразный лоток.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь. 2. Обеспечить полоскание полости. рта водой после каждого акта рвоты. 3. Вытереть лицо пациента салфеткой.	Отсосать электроотсосом или грушевидным баллончиком из полости рта, носа рвотные массы (при необходимости). Осуществить уход за полостью рта и носа после каждого акта рвоты.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Оставить рвотные массы до прихода врача.	Оставить рвотные массы до прихода врача.



Рис. 78. Уход за пациентом при рвоте:
а — положение пациента сидя;
б — положение пациента лежа

Сердечно-легочная реанимация вне лечебного учреждения

Студент должен знать:

- признаки клинической и биологической смерти;
- причины обструкции дыхательных путей;
- признаки обструкции (полной, частичной);
- критерии эффективности проводимых реанимационных мероприятий.

Студент должен уметь:

- определить наличие обструкции дыхательных путей;
- определить остановку сердца;
- обучить приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.

Студент должен иметь навыки:

- оказания первой медицинской помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом пострадавшему в сознании, без сознания, с избыточной массой тела;
- проведение сердечно-легочной реанимации взрослому;
- проведение искусственной вентиляции легких методом «рот в рот», «рот в нос», через трахеостому, пациенту с зубными протезами;
- проведение непрямого массажа сердца;
- проведение сердечно-легочной реанимации одним и двумя спасателями.

Признаки клинической смерти

1. Отсутствие пульсации на крупных магистральных сосудах (сонной, бедренной, плечевой артериях).
2. Потеря сознания.
3. Расширение зрачков.
4. Появление клонических и тонических судорог.
5. Прекращение дыхания.

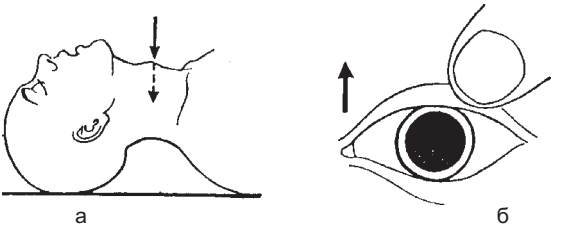


Рис. 79. Диагностика клинической смерти:
а — определение пульса на сонной артерии;
б — определение состояния зрачка

Ни один из этих симптомов не является достоверным признаком прекращения кровообращения, так как в экстренных ситуациях суждение о признаках клинической смерти может быть субъективно по многим причинам: прием пострадавшим седативных и наркотических средств, у пациентов старшего возраста и при введении морфина гидрохлорида, при полной остановке кровообращения зрачки не расширяются, возможно сохранение дыхания терминального типа. Судороги могут быть первым признаком клинической смерти и дезориентируют медицинский персонал при установлении диагноза.

Основные принципы оказания помощи:

1. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей.

2. Провести ИВЛ (искусственную вентиляцию легких) и восстановить дыхание.

3. Провести закрытый непрямой массаж сердца (ЗМС) и восстановить кровообращение.

Восстановление проходимости дыхательных путей

Уложить пострадавшего горизонтально на жесткую поверхность, подложить валик под лопатки, расстегнуть стесняющую одежду, открыть полость рта (съемные зубные протезы удалить) и максимально запрокинуть голову пострадавшего (положив левую руку на лоб, а правую — под шею).

В случае аспирации желудочного содержимого необходимо тщательно очистить полость рта с целью профилактики тяжелых постреанимационных осложнений. С помощью пальцев, зажимов, салфетки извлечь остатки пищи



Рис. 80. Реанимация при закупорке дыхательных путей инородным телом: *а — пострадавший в вертикальном положении.* Встать сзади, несколько сбоку. Основанием кисти нанести 3–5 быстрых резких, сильных ударов в межлопаточной области; *б — пострадавший в вертикальном положении.* Встать сзади, обхватить руками на уровне верхнего отдела живота. Сомкнуть руки в замок, сделать 3–5 быстрых резких, сильных толчков-сжатий в эпигастральной области; *в — пострадавший в положении лежа на полу.* Встать на колени у одного из боков (лучше — у правого). Повернуть пострадавшего на бок, лицом к оказывающему помощь, дополнительно довернув еще на 30°, фиксировать рукой за плечо. Основанием другой кисти нанести 3–5 быстрых резких, сильных ударов в межлопаточной области. Вторым-третьим пальцами проверить полость рта, глотки, удалить инородное тело.

и другие видимые посторонние предметы. Это способствует полному открытию верхних дыхательных путей.

Очистить ротовую полость лучше с помощью электроотсоса.

Затем необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей по экскурсии грудной клетки, сделав 3–5 выдохов реаниматора в течение 3–5 секунд.

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

Выбор методики ИВЛ зависит от мышечной релаксации (расслабления) и проходимости верхних дыхательных путей.

При достаточной мышечной релаксации и свободной полости рта лучше осуществлять дыхание экспираторным

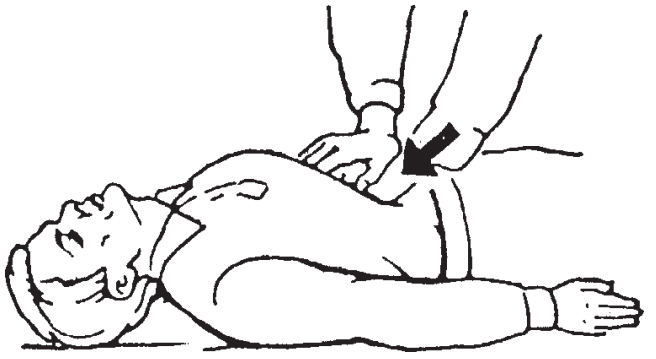


Рис. 81. Техника удаления воздуха из желудка.

Отсутствие дыхательных движений передней грудной стенки, раздувание надчревной области свидетельствуют о попадании воздуха в желудок вследствие недостаточного разгибания головы или из-за большого объема воздуха. Возможна аспирация содержимым желудка.

1. Повернуть голову больного набок.
2. Нажать сильно на эпигастральную область.
3. Повернуть пациента на спину и продолжать ИВЛ.

методом ИВЛ «изо рта в рот»: для этого реаниматор фиксирует голову в запрокинутом положении, одной рукой выдвигает кпереди нижнюю челюсть, а указательным и большим пальцами другой руки плотно закрывает нос пострадавшему, накрыв салфеткой рот.

После глубокого вдоха реаниматор, плотно прижав свой рот к полуоткрытому рту пострадавшего, совершает форсированный выдох (в течение 1 секунды). Одновременно следит за грудной клеткой, которая должна свободно и легко приподниматься, а после открытия полости рта и носа происходит пассивный выдох с типичным звуком выдыхаемого воздуха.

При наличии признаков спазма жевательной мускулатуры (в первые секунды после внезапной остановки кровообращения) введение роторасширителя не всегда возможно. Следует начинать ИВЛ методом «изо рта в нос». Как и при дыхании «изо рта в рот», делают то же самое, только рука реаниматора, поддерживающая подбородок, большим и указательным пальцами прикрывает рот пострадавшего.

Пассивный выдох осуществляется преимущественно через рот пострадавшего.

Частота вдуваний воздуха равна 12–15 в минуту.

Метод «изо рта в рот и нос» производится у детей первого года жизни. Объем вдоха должен быть тем меньше, чем младше ребенок. Частота вдуваний у детей 15–20 в минуту.

Обычно при экспираторных методах ИВЛ применяют марлевую салфетку, носовой платок. Они, как правило, быстро сбиваются, намокают и мешают проведению ИВЛ, могут препятствовать прохождению воздуха в верхние дыхательные пути пострадавшего и не являются мерами инфекционной безопасности при ИВЛ, поэтому можно применять одноразовые трубки для ИВЛ с полиэтиленовой прокладкой.

Искусственная вентилляция легких (ИВЛ) методом «изо рта в рот»

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
Подготовка к процедуре	
1. Уложить пострадавшего горизонтально на жесткую поверхность.	Улучшается проходимость дыхательных путей.
2. Расстегнуть стесняющую одежду.	
3. Максимально запрокинуть голову пострадавшего — левую руку положив на лоб, а правую — под шею.	Выпрямляются дыхательные пути.
4. Подложить валик под плечевой пояс, лопатки.	
5. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед (за подбородок, уши), открыть рот пострадавшему.	Открывается рот.
6. Очистить ротовую полость и глотку механически или с помощью отсоса, зафиксировать язык.	Обеспечение проходимости дыхательных путей.
7. Надавить ребром левой ладони на лоб, большим и указательным пальцами зажать нос пострадавшего.	Обеспечение поступления воздуха в дыхательные пути пострадавшего.
8. Вдохнуть глубоко, плотно прижать свой рот ко рту пострадавшего.	
9. Энергично выдохнуть все содержимое своих легких.	Наполнение легких пострадавшего воздухом.
10. Сделать паузу.	Обеспечение пассивного выдоха.
11. Определить наличие экскурсии грудной клетки через 3–5 «вдохов» пострадавшего.	Это свидетельствует о проходимости дыхательных путей.
12. Делать ритмичные «вдохи» пострадавшему 12–18 раз в мин до появления самостоятельного дыхания или приезда «скорой помощи», или признаков биологической смерти.	Обеспечение пассивного поступления воздуха в легкие.

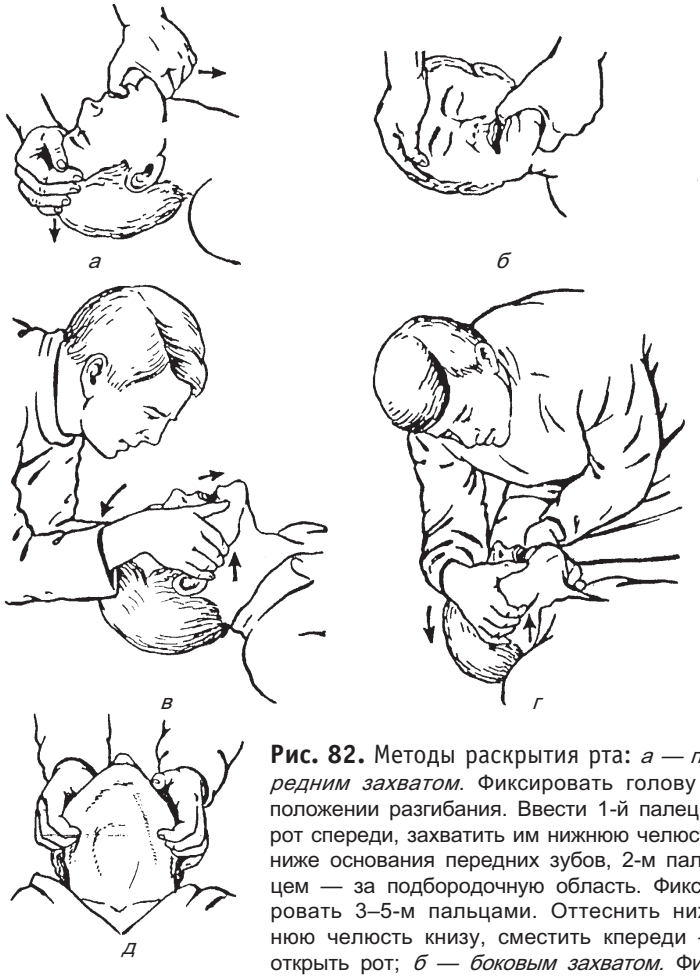


Рис. 82. Методы раскрытия рта: *а — передним захватом*. Фиксировать голову в положении разгибания. Ввести 1-й палец в рот спереди, захватить им нижнюю челюсть ниже основания передних зубов, 2-м пальцем — за подбородочную область. Фиксировать 3–5-м пальцами. Оттеснить нижнюю челюсть книзу, сместить кпереди — открыть рот; *б — боковым захватом.* Фиксировать голову в положении разгибания. Ввести 1-й палец в рот сбоку, между зубами; захватить им нижнюю челюсть изнутри, ниже зубов. 2–5-м пальцами фиксировать нижнюю челюсть. Равномерно оттеснить ее книзу, сместить кпереди; *в — захватом ветвей нижней челюсти.* Основания кистей расположить на обеих ветвях нижней челюсти. 1-е пальцы расположить в положении упора в передних отделах челюсти. Вторым — пятым пальцами фиксировать ее ветви снизу. С упором на первые пальцы оттеснить нижнюю челюсть книзу, сместить кпереди.

Непрямой массаж сердца у взрослых и пожилых

Цель: восстановить деятельность сердца, восстановить кровообращение.

Показание: клиническая смерть.

Обязательное условие: соблюдать последовательность СЛР: восстановить проходимость дыхательных путей, затем непрямой массаж сердца должен сочетаться с ИВЛ, толчок производится во время выдоха пострадавшего. Каждые 2 минуты — контроль пульса на сонной артерии и зрачковой реакции.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Вызвать «скорую помощь» с помощью окружающих людей или самостоятельно.	Промедление уменьшает шансы пострадавшего выжить.
2. Немедленно начать СЛР.	
3. Уложить пострадавшего на твердую поверхность.	Необходимое условие для достижения максимального эффекта при реанимационных мероприятиях.
4. Убедиться, что голова пострадавшего находится на одном уровне с сердцем или ниже него.	
5. Расстегнуть стесняющую одежду.	Легкая одежда не мешает правильному расположению рук для НМС, может предупреждать скольжение вспотевших рук спасателя на грудной клетке.
6. Встать на колени сбоку от пострадавшего, у грудной клетки.	Необходимое условие для правильной биомеханики тела спасателя: обеспечивается эффективность СЛР и уменьшается период усталости спасателя.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить одну руку проксимальной частью ладони на нижнюю треть грудины, другую — на тыльную ее поверхность.	Обеспечивается достаточная площадь для компрессий. Нельзя помещать руки над рукояткою грудины, которая может легко сломаться и быть причиной травмы печени и мягких тканей.
2. Обеспечить максимальное разгибание в лучезапястных суставах в виде «бабочки».	
3. Выпрямить руки в локтевых суставах.	Условие, необходимое для достижения максимального эффекта реанимационных мероприятий.
4. Надавить на нижнюю треть грудины так, чтобы смещение грудины вглубь составляло 3,8–5 см.	Обеспечивается достаточное давление на грудную клетку, для возникновения искусственной систолы.
5. Поддерживать постоянный ритм «вверх-вниз» без пауз между компрессиями.	Усиление давления может привести к перелому ребер, грудины. Слабое давление не обеспечит давление крови по кругам кровообращения.
6. Сочетать 15 компрессий в течение 9–11 секунд с двумя вдыханиями в пострадавшего, если реанимацию проводит один человек.	Обеспечение оптимального отношения частоты дыхательных движений и частоты сердечных сокращений.
7. Сочетать 4–5 компрессий с одним вдыханием в пострадавшего, если реанимацию проводят два человека.	
8. Контролировать эффективность непрямого массажа сердца через 1–2 минуты, определяя пульс на сонной артерии и зрачковую реакцию, до появления пульса и возникновения дыхания либо до появления биологической смерти.	При отсутствии пульса зрачки расширены, продолжают СЛР. При наличие пульса зрачки сужаются, появляется дыхание, продолжают ИВЛ.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поддерживать дыхательные пути пострадавшего открытыми при наличии пульса и самостоятельного дыхания до приезда «скорой помощи».	
2. Наблюдать за дыханием и пульсом.	

Примечание: признаки эффективности реанимационных мероприятий:
1. Появление пульсации на сонных и лучевых артериях.
2. Сужение зрачков.
3. Восстановление АД.
4. Уменьшение бледности, цианоза.
5. Восстановление самостоятельного дыхания.

Осложнения при реанимации:

1. Переломы ребер и грудины.

2. Повреждения легких, сердца, печени, селезенки, желудка.

Профилактика осложнений:

1. Правильные приемы реанимации.

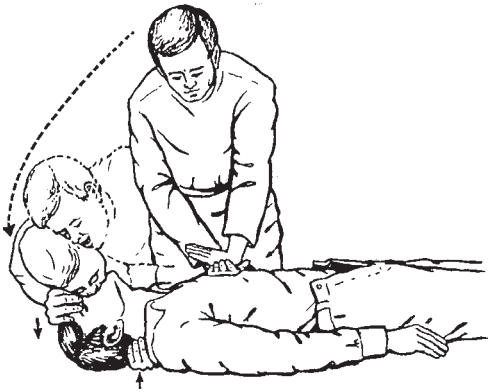


Рис. 83. ИВЛ и наружный массаж сердца одним реаниматором. Соотношение реанимации 2 : 15

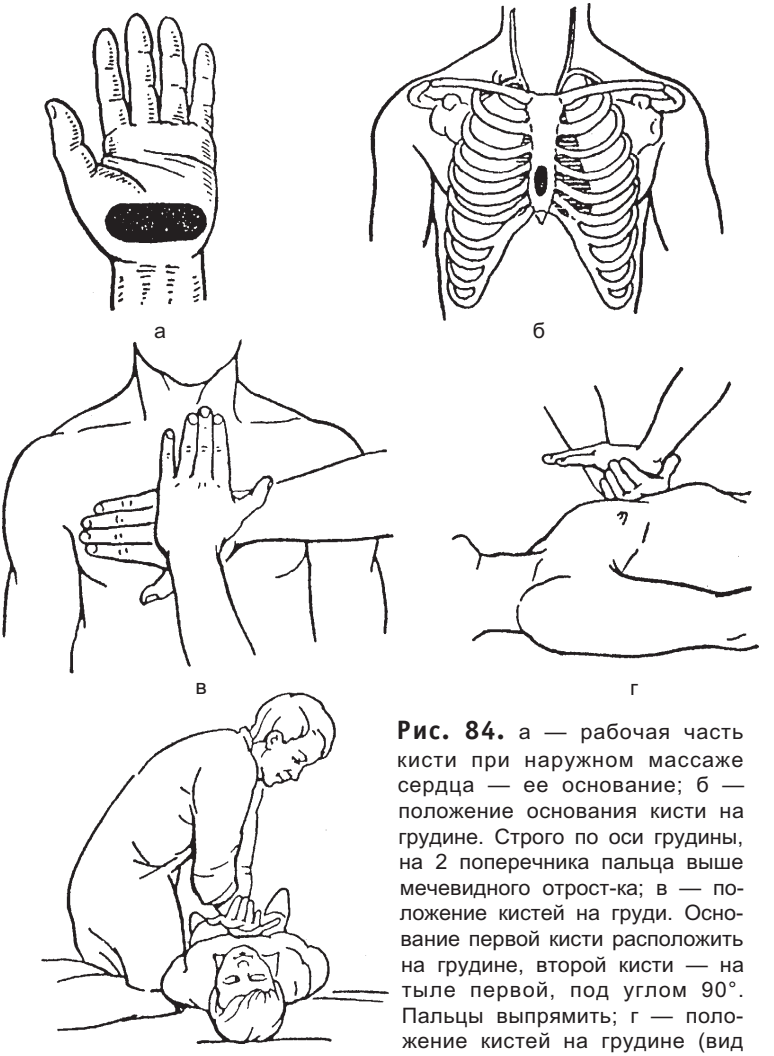


Рис. 84. а — рабочая часть кисти при наружном массаже сердца — ее основание; б — положение основания кисти на грудине. Строго по оси грудины, на 2 поперечника пальца выше мечевидного отрост-ка; в — положение кистей на груди. Основание первой кисти расположить на грудине, второй кисти — на тыле первой, под углом 90°. Пальцы выпрямить; г — положение кистей на грудине (вид сбоку). Пальцы выпрямлены; д — положение медработника при проведении наружного массажа сердца. Выпрямить руки в локтевых суставах. Массаж осуществлять всем корпусом, с прогибанием грудины на 5–6 см в ритме 60 (до 70) компрессий в 1 мин.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Сходства и различия в толковании понятий моделей В. Хендерсон, Д. Орем, М. Аллен

Сравнительная таблица

Составляющие понятия моделей	Модель В. Хендерсон (1966)	Модель Д. Орем (1971)	Модель М. Аллен (1982)
Пациент	независимое совершенное существо, которое имеет 14 фундаментальных потребностей, являющихся одинаковыми для всех людей. Потребности взаимосвязаны с основными потребностями по А. Маслоу. В определенные периоды жизни (болезнь, беременность, детство, старость, приближение смерти) человек часто не в состоянии удовлетворить эти потребности без посторонней помощи.	единая функциональная система, имеющая потребности биологические, социальные и духовные, а также мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет уход независимо от состояния здоровья, т. е. *его возможности и потребности должны быть в равновесии.* Выделяет три группы потребностей: универсальные, связанные со стадией развития и связанные с нарушением здоровья.	пациент рассматривается через «призму семьи». Он является членом семьи, а не отдельным пациентом, который стремится улучшить состояние своего здоровья и обладает определенным потенциалом, который потребуется для обучения здоровому образу жизни, а не удовлетворению существующей проблемы. Здоровье пациента является основным ресурсом общества.

Составляющие понятия моделей	Модель В. Хендерсон (1966)	Модель Д. Орем (1971)	Модель М. Аллен (1982)
Источник проблем пациента	способность человека удовлетворять свои фундаментальные потребности, которая меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Неудовлетворенные потребности.	недостаточность самоухода. Невозможность сохранить равновесие между ограниченными возможностями человека и его потребностями.	изменение поведения (здоровья) человека в семье. Нежелание, неумение преодолевать усилия, направленные на оздоровление, отсутствие собственного опыта в укреплении здоровья как пациента, так и его семьи.
Направленность сестринского вмешательства	понимание состояния пациента с позиции самого пациента, определение вмешательств с целью скорейшего восстановления независимости пациента в уходе. Сестринский уход может быть зависимым, независимым и взаимозависимым.	определение дефицита самоухода и его причин: незнание, неумение, нежелание выполнять те или иные действия по самоуходу. Три системы помощи: полная компенсирующая, частично компенсирующая, консультативная (обучающая).	ориентация на здоровый образ жизни, укрепление здоровья через поиск путей преодоления и развития. «Здоровье через развитие», профилактическая направленность путем активного личного участия. Социальное обучение.

Составляющие понятия моделей	Модель В. Хендерсон (1966)	Модель Д. Орем (1971)	Модель М. Аллен (1982)
Цели ухода	краткосрочные и промежуточные цели следует ставить при острых состояниях, и всегда ставить долгосрочные цели по восстановлению независимости пациента при удовлетворении его фундаментальных потребностей.	краткосрочные и долгосрочные, которые направлены на активизацию адаптационных возможностей пациента, максимальное восстановление равновесия между ограниченными возможностями человека (в связи с изменениями в состоянии здоровья и его потребностями).	чаще долгосрочные, направленные на использование потенциальных возможностей пациента или членов его семьи для улучшения состояния здоровья; профилактику заболеваний (первичную, вторичную, третичную), изменение поведения, формирование потребности в здоровом образе жизни.
Способы сестринских вмешательств (в разных моделях внимание сестры сосредоточено на различных аспектах состояния пациента)	внимание сестры сосредоточено на восстановлении равновесия между пациентом и окружающей средой на основе удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, т. е. заболевания.	предполагает шесть способов сестринских вмешательств: 1) делать что-либо за пациента; 2) руководить пациентом; 3) направлять его действия; 4) оказывать физическую поддержку; 5) создавать необходимые условия для обеспечения ухода; 6) обучать пациента или его родственников элементам ухода и помощи.	предусматривают изменение образа жизни всей семьи из-за болезни члена семьи, борьба с вредными привычками, являющимися факторами риска заболеваний, укрепление здоровья путем активного личного участия, контроль массы тела и других показателей состояния здоровья, формирование уверенности в том, что семья поможет справиться с трудностями.

Составляющие понятия моделей	Модель В. Хендерсон (1966)	Модель Д. Орем (1971)	Модель М. Аллен (1982)
Оценка результатов ухода	поэтапная оценка проводится после сестринского вмешательства, направленного на удовлетворение всех фундаментальных потребностей пациента.	проводится по оценке результатов контроля знаний и умений пациента и его семьи осуществлять самоуход.	определяется по реакции пациента и членов его семьи после оказания помощи и ухода, состоянию здоровья пациента/семьи.
Роль медсестры	1) независимая (действует по стандартам, помогает пациенту выполнять те функции, которые он выполняет с трудом или не может выполнить); 2) помощник врача, выполняющий его назначения.	дополняющая, расширяющая возможности пациента, помогающая пациенту осуществлять самоуход.	Исследовать возможности пациента и его семьи и оказать ситуационно обусловленную помощь семье с учетом потенциальных возможностей самой семьи.

Приложение 2

Обработка различных поверхностей современными дезинфицирующими средствами

Название дезсредства	Микробный пейзаж		
	Концентрация по бактериальной этиологии	Концентрация по вирусной этиологии	Концентрация по туберкулезу
Лесептик	0,1% — 60 мин протирание	0,1% — 60 мин протирание	5% — 120 мин протирание
Лизафин – специаль	0,1% — 60 мин протирание	0,5% — 60 мин протирание	1% — 30 мин 2-кратное протирание с интервалом 15 мин
Глуторал Н	—	—	—
Амифлайн	5 мин протирание или орошение	5 мин протирание или орошение	10 мин протирание 2-кратное или орошение
Теко-м	0,5% — 30 мин протирание, орошение	Не активен	15% — 150 мин протирание, орошение
Мистраль	1% — 60 мин, орошение или протирание	3% — 60 мин орошение, протирание	3% — 60 мин протирание или орошение
Самаровка	0,5% — 60 мин протирание	2% — 60 мин орошение, протирание	3% — 90 мин протирание или орошение
Эффект Форте	0,5% — 60 мин 1% — 30 мин	2,5% — 90 мин, 2-х кратное протирание или орошение	4% — 60 мин протирание или орошение
Диабак	1% — 15 мин протирание или орошение	3,5% — 60 мин 2-кратное протирание или орошение	2% — 60 мин протирание или орошение
Люмакс – хлор	0,015% — 60 мин протирание или орошение	0,015% — 60 мин протирание или орошение	0,06% — 30 мин

Название дезсредства	Микробный пейзаж		
	Концентрация по бактериальной этиологии	**Концентрация по вирусной этиологии**	**Концентрация по туберкулезу**
Лизафин	0,1% — 60 мин протирание	0,5% — 60 мин протирание	1% — 120 мин протирание 1% — 30 мин 2- кратное протирание с интервалом 15 мин
Бриллиант	0,5% — 60 мин 1% — 30 мин протирание	2% — 30 мин протирание	6% — 120 мин 8% — 60 мин протирание
Лизаформин 3000	0,5% — 90 мин 0,25% — 240 мин протирание	0,5% — 90 мин 0,25% — 240 мин протирание	0,5% — 90 мин 0,25% — 240 мин протирание
Абсолюцид окси	1% — 30 мин протирание 1% — 60 мин орошение	2% — 60 мин протирание	3,5% — 60 мин протирание 4% — 60 мин орошение

Приложение 3

Перечень средств, входящих в аварийную аптечку

В пластмассовой коробке хранятся антисептические средства:

1. 70% этиловый спирт — 100 мл.
2. Навески перманганата калия — 50 мг 3 уп. (для приготовления растворов в разведении 1:10000 и 1:5000).
3. 5% спиртовый раствор йода — 1 флакон.
4. 6% раствор перекиси водорода — 100 мл.
5. Раствор перманганата калия в разведении 1:10000 — 10 мл (слабо-розового цвета), срок годности — 1 сутки.
6. Раствор перманганата калия в разведении 1:5000 — 10 мл (розового цвета), срок годности — 1 сутки.

В стерилизационной коробке хранятся:

1. Стерильные пипетки — 4 шт.
2. Стерильные глазные ванночки (ундинки) — 2 шт.
3. Стерильные емкости для разведения растворов из навески — 3 шт.
4. Ножницы — 1 шт.
5. Стерильные салфетки в крафт-пакете.
6. Стерильные ватные шарики в крафт-пакете.
7. Стерильная дистиллированная вода — 100 мл.
8. Бактерицидный лейкопластырь.
9. Стерильные перчатки и напальчники.

В наличии иметь:

1. Инструкцию по оказанию экстренной медицинской помощи.
2. Журнал регистрации медицинских аварий.

Инструкция по оказанию экстренной медицинской помощи с целью профилактики ВИЧ-инфекции

При попадании крови или других биологических жидкостей пациента

на кожу:

• обработать кожу 70% спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% спиртом;

на слизистые глаз:

• обработать слизистые глаз раствором перманганата калия (слабо-розового цвета) в разведении 1:10000;

в полость носа:

• обработать раствором перманганата калия (розового цвета) в разведении 1:5000;

в полость рта и горла:

• прополоскать 70% спиртом этиловым или раствором перманганата калия в разведении 1:5000;

при уколах и порезах:

• незамедлительно выдавить из ранки кровь, снять каплю крови в стерильную сухую салфетку и обработать ранку 5% раствором йода. ***Не тереть!*** Применить на ранку бактерицидный лейкопластырь, надеть стерильные перчатки (при необходимости продолжения работы);

на защитную одежду и предметы обстановки:

• обработать раствором 6% перекиси водорода методом щипка.

Провести дезинфекцию использованного материала согласно приказу № 408 и методическим указаниям № МУ–287-113, утвержденных 30 декабря 1998 г. Госсанэпиднадзором МЗ России по вирусной инфекции.

Об аварии незамедлительно сообщить администрации, заполнить журнал медицинских аварий, привлечь инфекциониста для консультации, начать экстренное

проведение медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции не позже 24 часов после аварии, провести конфиденциальное лабораторное исследование пострадавшего с обязательным обследованием на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекцию через 3, 6 и 12 месяцев.

Журнал регистрации медицинских аварий (Профилактика ВИЧ-инфекции)

Дата	Время час, мин.	Место аварии	Ф.И.О. лиц, пострадавших во время аварий	Ф.И.О. пациента, с кровью которого произошел контакт	Проведенные мероприятия	Подпись м/с

Приложение 4

Дезинфекция изделий медицинского назначения (ИМН) из металлов, стекла, резины

Название дезсредства	Микробный пейзаж		
	По бактериальной этиологии	По вирусной этиологии	По туберкулезу
Лесептик	—	—	—
Лизафин – специаль	2% — 15 мин погружение	2% — 15 мин погружение	2% — 15 мин погружение
Глуторал Н	15 мин	15 мин	90 мин
Амифлайн	—	—	—
Теко-м	—	—	—
Мистраль	3% — 60 мин 4% — 30 мин погружение	3% — 60 мин 4% — 30 мин погружение	3% — 60 мин 4% — 30 мин погружение
Самаровка	—	3% — 60 мин погружение	2% — 120 мин 3% — 60 мин погружение
Эффект Форте	—	2,5% — 60 мин погружение	4,5% — 60 мин погружение
Диабак	1% — 15 мин	3,5% — 60 мин 8% — 30 мин 9% —15 мин	3% — 45 мин
Люмакс – хлор	0,1% — 60 мин погружение	0,06% — 90 мин погружение 0,1 % — 60 мин	0,2 – 60 мин погружение
Лизафин	1% — 60 мин 1,5% — 30 мин 2% — 15 мин погружение	1% — 60 мин 1,5% — 30 мин 2% — 15 мин погружение	1% — 60 мин 1,5% — 30 мин 2% — 15 мин погружение
Бриллиант	2% — 30 мин погружение	2% — 30 мин погружение	2% — 30 мин погружение
Лизаформин 3000	2% — 15 мин 1,5% — 30 мин погружение	2% — 15 мин 1,5% — 30 мин погружение	2% — 15 мин 1,5% — 30 мин погружение
Абсолюцид окси	1% — 30 мин погружение	2% — 60 мин металл, стекло 3% — 60 мин резина, пластмасса	3,5% — 30 мин погружение

Приложение 5

Понятие о предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских инструментов в установке УЗО-МЕДЭЛ и многоцелевого озонового стерилизатора

Понимая актуальность проблемы сокращения трудоемкости и повышения качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских инструментов, а также особую важность охраны здоровья медицинских работников, в настоящее время применяется установка УЗО-МЕДЭЛ, с помощью которой механизируются эти процессы. Особенно актуально их использовать в инфекционных больницах, отделениях и центрах профилактики СПИДа.

Установки УЗО-5-01 и УЗО-10-01 имеют основные преимущества применения ультразвуковых моек:

- минимальное применение ручного труда;
- снижение риска инфицирования;
- существенное снижение трудоемкости;
- улучшение процесса очистки, в том числе в труднодоступных участках изделий;
- сокращение времени обработки;
- повышение экологически чистых процессов;
- щадящий режим воздействия, не допускающий повреждения инструментов;
- возможность проводить в одном процессе два этапа обработки: дезинфекции и предстерилизационной очистки, или три этапа, включая стерилизацию.

Так же, новым экономическим, экологически безопасным способом дезинфекции и стерилизации является многоцелевой озоновый стерилизатор. Он состоит из озонатора «Орион» ОП1-М+стерилизационная камера.

Преимущества многоцелевого озонового стерилизатора:

- низкая температура стерилизации;

- экологически чистая, безопасная технология стерилизации, не требующая химически стойких расходных реактивов;
- низкое энергопотребление;
- простота обслуживания;
- отсутствие пауз между циклами стерилизации;
- автоматическое управление процессом стерилизации;
- имеется специальная тест-программа проверки стерилизационной камеры на герметичность.

Стерилизационный цикл состоит из стадии замещения воздуха в стерилизационной камере озоно-воздушной средой, стадий стерилизации и вытеснения озоно-воздушной среды, затем заполнения камеры очищенным от микрофлоры воздухом.

Условия работы на установке УЗО-МЕДЭЛ

1. Разместить установку УЗО-МЕДЭЛ на специальном стеллаже (СПЗ-1, СПЗ-01У, СПЗ-01Н) или передвижном столике вблизи раковины.

2. Обеспечить свободный доступ к розетке электропитания.

3. Установить генератор установки (прибор) в недоступном для влаги месте на верхней полке столика.

4. Установить емкость с поддоном на средней полке столика.

5. Разместить средства для предварительной очистки в установке УЗО-МЕДЭЛ (дезинфицирующий, совмещенный: моюще-дезинфицирующий; средства «Луч», «Зифа» и др. на нижней полке столика.

Порядок работы

1. Поместить рифленый металлический отражатель на дно поддона емкости.

2. Уложить инструментарий (из металла, силикона или стекла) в разобранном виде поверх отражателя в один-два слоя.

Следите, чтобы инструменты не касались крышки с излучателем. Помните, что количество предметов влияет на продолжительность обработки. Предметы могут находиться в лотке.

3. Залить в поддон раствор для предварительной очистки: дезинфицирующий, совмещенный (моюще-дезинфицирующий), а также моющие средства «Луч», «Зифа» и др.

4. Включить аппарат в сеть.

5. Провести предварительную очистку ультразвуком в течение 1–3 минут.

При загрязнении раствора необходимо сменить раствор после предварительной очистки.

6. Провести дезинфекцию инструментария.

Оставить инструментарий дезинфицироваться в том же растворе. Время дезинфекции зависит от выбранного дезинфекционного средства.

7. Выключить аппарат.

8. Провести механизированную предстерилизационную химическую очистку: оставить в том же растворе инструментарий для механизированной предстерилизационной химической очистки, если используется совмещенный в одном процессе моюще-дезинфицирующий раствор или сменить его на моющий раствор.

9. Включить аппарат.

10. Установить время очистки, которое зависит от выбранного вами моющего или моюще-дезинфицирующего раствора, а также вида инструментария и режима предстерилизационной очистки.

11. Выключить аппарат.

12. Вынуть поддон с инструментарием и отражателем, провести их ополаскивание дистиллированной водой и подготовить к процессу стерилизации.

Основанием для применения средств служат «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения» № МУ–287-113, утвержденные 30 декабря 1998 г. руководителем Департамента Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения России.

Приложение 6

Потребности в основных пищевых продуктах здорового человека

Пищевые ингредиенты	Потребность
Основные ингредиенты	
Белки	80–100 г/день (из них 60% животного происхождения)
Жиры	80–100 г/день
Углеводы	350–400 г день (из них 50–100 г сахара)
Макроэлементы	
Кальций	0.8–2.0 г день
Калий	2.0–4,0 г/ день
Магний	0.4–0.5 г/день
Фосфор	1.5–2.0 г/день
Натрий	10–15 г/день
Микроэлементы	
Железо	10–20 мг/день
Йод	0.1–0.2 мг/ день

Источники основных пищевых ингредиентов

Основные источники белка в 100 г продукта

Продукт	Содержание	Продукт белка в г	Содержание
Мясо говяжье	18.9–20.2	Творог	14.0
Печень	18.7	Хлеб ржаной	6.5
Куры	18.2–20.8	Пшеничный	8.1
Мясо кролика	20.7	Фасоль	22.3
Рыба	17.5	Горох	23.0
Яйцо куриное	12.7	Гречневая крупа	11.3
Сыр (российский)	23.4		
Молоко	2.8		

Основные источники животного и растительного жира в 100 г продукта

Животный жир		Растительный жир	
Продукт	**Содержание жира (г)**	**Продукт**	**Содержание жира (г)**
Масло сливочное	82.5	Масло подсолнечное	99.9
Сметана 10%	10.0	Масло кукурузное	99.9
Сметана 20%	20.0	Масло хлопковое	99.9
Творог жирный	18.0	Масло соевое	99.9
Сырки творожные детские	23.0		
Сало (шпиг)	92.8		

Основные источники углеводов в 100 г продукта

Продукт	Содержание углеводов	% клетчатки
Хлеб:		
Ржаной	44.8	0.6
Пшеничный	44.7	0.06
Крупа:		
Гречневая	68.0	1.1
Рисовая	77.3	0.4
Пшено	69.3	0.7
Овсяная	65.4	2.8
Сахар	99.8	0
Картофель	19.7	1.0
Морковь	7.0	1.2
Капуста	5.4	0.7
Свекла	10.8	0.9
Арбуз	9.2	0.5
Абрикосы	10.5	0.8
Яблоки	11.3	0.6
Виноград	17.5	0.6
Смородина черная	8.0	3.0
Смородина красная	8.0	2.5
Малина	9.0	5.1
Клубника	8.1	4.0

Витамины

Витамин С ..... 60–100 мг/день
Витамин Р ..... 50 мг/день
Витамин B_1 ..... 1,5–2 мг/день
Витамин B_2 ..... 2–3 мг/день
Витамин РР ..... 15–20 мг/день
Витамин B_6 ..... 2–2,5 мг/день
ФОЛАЦИН ..... 0,2 мг/день
Витамин B_{12} ..... 0,003 мг/день
ХОЛИН ..... 0,5 мг/день
Витамин А ..... 1,5–2 мг/день
Витамин Е ..... 20 мг/день
Витамин Д ..... 100–400 мг/день
Витамин К ..... 2 мг/день

Характеристика и содержание лечебных диет

№ диеты		Назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
					Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
Нулевые диеты	№ 0–а	Обеспечение питания в условиях, когда прием обычной пищи невозможен, затруднен, противопоказан; Максимальная разгрузка и щажение органов пищеварения, предупреждение явлений метеоризма	Включают жидкие и желеобразные блюда, температурв пищи не выше 45 °С, свободной жидкости 1,8–2,2 л. Поваренной соли 1–2 г. Прием пищи 7–8 раз в сутки, на один прием 200–300 г.	После операций на органах пищеварения. При полубессознательном состоянии (нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, инфекционные заболевания). Назначают на 2–3 дня	В диете — 10–15 г белка, 15–20 г жира, 150–200 г углеводов, 750–900 ккал. В блюда вводят до 200 мг витамина С. Слабый обезжиренный мясной бульон (10 г сливочного масла), рисовый отвар с маслом сливочным, процеженный компот, кисель ягодный, жидкий настой шиповника с сахаром, фруктово-ягодные соки, разведенные в 2–3 раза сладкой водой (до 50 мл на прием). При улучшении состояния на 2-й–3-й день — 1 яйцо всмятку, 50 мл сливок.	Плотные и пюреобразные блюда, цельное молоко, газированные напитки.

№ диеты		Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
					Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
Нулевые диеты	№ 0–б	Обеспечение питания в условиях, когда прием обычной пищи невозможен, затруднен, противопоказан; Максимальная разгрузка и щажение органов пищеварения, предупреждение явлений метеоризма	Пищу дают 6 раз в день, не более 350–400 г на прием	После операций на органах пищеварения. При полубессознательном состоянии (нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, инфекционные заболевания). Назначают на 2–4 дня после диеты № 0–а	Жирные, протертые каши из риса, геркулеса, гречневой крупы, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на овощном отваре. Слабые, обезжиренные мясные бульоны с манной крупой. Паровой омлет (белковый), яйца всмятку, пюре из нежирного мяса, рыба (до 100 г), сливки. В диете — 40–50 г белка, 40–50 г жира, 250 г углеводов, 1550–1650 ккал., 4–5 г поваренной соли, до 2 литров свободной жидкости.	

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
Нулевые диеты					
№ 0–в	Служит для продления расширения питания и перехода к физиологически полноценному питанию.	Пищу дают 6 раз в день		В диету вводят супы-пюре, супы-кремы, паровые блюда из протертого отварного мяса курицы или рыбы, свежий протертый творог со сливками, паровые блюда из творога, печеные яблоки, пюре из яблок, овощей, 50–75 г белых сухарей. В каши добавляют молоко. В диете — 85–90 г белка, 65–70 г жира, 320–350 г углеводов 2200–2300 ккал, 6–7 г поваренной соли.	

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 1а	Максимальное механическое, химическое, термическое щажение ж.к.т. В условиях постельного режима.	Рацион пониженной энергоценности за счет углеводов и в небольшой степени жиров и белков. Пищу готовят полужидкой и жидкой. Режим питания через каждые 2–3 часа небольшими равномерными порциями. На ночь — сливки или молоко.	Обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (первые 7–14 дней), острый гастрит и резкое обострение хр. Гастрита, (в первые дни лечения). после операций на желудке (6–7 дней), ожог пищевода.	Мясо (говядина, телятина, кролик) зачищенное от сухожилий, фасций, жира и кожи. Варят, пропускают 2–3 раза через мясорубку и в виде пюре или парового суфле дают 1 раз в день. Яйца всмятку, паровой омлет (3–4 шт). Сливочное масло несоленое (в каши, супы, суфле). Молочные жидкие каши из манной крупы, протертых круп (рис, гречка, овсянка), можно из детского питания. Овощи, измельченные в виде суфле и добавленные в слизистые супы и каши. Слизистые отвары на молоке из овсяной, рисовой, перловой круп. Молочный суп из манной крупы. Кисели, желе, муссы из не кислых ягод и фруктов. Сахар, мёд, молочный кисель, некрепкий чай с молоком, сливками, отвар шиповника.	Исключают вещества, возбуждающие секрецию желудка, очень горячие и холодные (ниже 15 °С), кисломолочные напитки, сыр, сметану, обычный творог, жиры. Фрукты и ягоды в сыром виде, кондитерские изделия, соусы, пряности, кофе, какао, газированные напитки, хлеб, хлебные изделия.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
1б	Более умеренная по сравнению с диетой № 1а механическое и химическое щажение желудка и кишечника в условиях полупостельного режима.	Диета с умеренным ограничением калорийности за счет углеводов. Содержание белков и жиров соответствует физиологическим нормам. Пища полужидкая, пюреобразная, сваренная на воде или на пару. Режим питания, как при диете № 1а.	Как для диеты № 1а, назначают на следующем этапе лечения обострения язвенной болезни на 10–15 дней.	Соответствует диете № 1а, но с добавлением: 75–150 г белых сухарей, мясных или рыбных паровых котлет, фрикаделек, пюре из вареного мяса, рыбы, протертого свежеприготовленного творога. Слизистые супы заменяют протертыми, увеличивают количество гомогенизированных овощей, овощное пюре, соусы из свежей сметаны.	Ограничение веществ, возбуждающих секрецию желудка. Исключить очень горячие и очень холодные блюда.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№1	Стимулировать процессы репарации пораженной слизистой оболочки. Содействовать снижению рефлекторной возбудимости желудка. Механическое, термическое, химическое щажение желудка.	Физиологически полноценная диета с ограничением грубой растительной клетчатки, экстрактивных веществ, рыбы, мяса, грибов, овощей. Пищу дают в вареном виде, преимущественно в протертом, жидком, кашицеобразном. Принцип дробного питания — 4–5 раз в сутки	Язвенная болезнь желудка и 12–перстной кишки (в период затихания). Острые и хронические гастриты (в период обострения). После операций на желудке (после диет № 1а и 1б).	Пшеничный хлеб вчерашней выпечки, сухари белые. Молочные супы с протертой крупой, супы-пюре из овощей, блюда из котлетной массы нежирных сортов мяса, рыбы. Пюре овощное, пудинги, каши, вермишель, лапша домашняя. Яйца всмятку, омлет паровой (до двух яиц в день). Компоты, кисели, желе, соки, яблоки запеченные, муссы. Молоко цельное, сливки, свежая нежирная сметана, творог. Масло сливочное, топленое, оливковое. Чай слабый, с молоком, сливками, слабое какао на молоке, отвар шиповника.	Крепкий чай, кофе, наваристые бульоны, жареное, консервы, копчености, соленья, жирные сорта мяса, рыбы, острые приправы, свежевыпеченный хлеб, сдоба, капуста, шпинат, лук, грибы. **Категорически нельзя:** холодные блюда и напитки, вино.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 2	Содействовать нормализации моторной и секреторной функции желудка и кишечника, повышению желудочной секреции и снижению бродильных процессов в кишечнике.	Физиологически полноценная диета с ограничением грубой растительной клетчатки, молока в свободном виде, острых блюд, закусок, пряностей. Пищу готовят в пюреобразном измельченном виде. Количество приемов пищи 5–6 раз в сутки. Температура горячей пищи обычная (55–60 ºС).	Хронический гастрит с недостаточной кислотностью. Хронический колит, энтероколит. Период выздоровления после острых инфекций и операций, требующий умеренного щажения органов пищеварения.	Хлеб белый вчерашней выпечки или подсушенный, печенье сухое, сухари белые несдобные. Супы с разными крупами, лапшой, вермишелью на мясном или рыбном бульоне, овощном отваре. Нежирная говядина, курица, кролик, индейка, язык. Сосиски диетические, ветчина без сала. Рыба нежирная (карп, лещ, судак, щука). Кабачки, свекла, тыква, морковь, цветная капуста в протертом виде. Крупы всякие, макароны, вермишель, лапша. Компоты, кисели, желе, муссы. Кефир, ацидофилин, молоко цельное, творог свежий, сыр неострый, сметана некислая (как дополнение к блюдам).	Острые приправы, сырые фрукты, черный хлеб, сырые овощи, сдоба, жареное жирное мясо, яйца вкрутую, алкоголь, мороженое, грибы, бобовые, чечевица. Картофель в ограниченных количествах.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
				Омлеты жареные, яичница, яйца всмятку (1 яйцо в день). Масло сливочное, топленое, подсолнечное. Отвар шиповника, сырые фруктовые соки (кроме виноградного).	
№3	Стимулировать перистальтику кишечника	Физиологическая диета с равным соотношением белков и углеводов, несколько увеличенным количеством жира за счет растительных масел. Блюда готовятся в отварном, запеченном, тушеном, жареном виде.	Запоры. Хронические заболевания кишечника, трещины прямой кишки, геморрой.	Однодневные кисломолочные продукты, из овощей: свекла, морковь, огурцы, помидоры, капуста. Хлеб ржаной или пшеничный из муки грубого помола, отрубной хлеб. Включают в диету холодные напитки и блюда. По утрам холодная вода с сахаром и медом или соки фруктов и овощей, на ночь — кефир, компоты из свежих или сухих фруктов. Свежие фрукты, чернослив.	Резко ограничивается: мучное, кисели, крепкий чай, кофе, какао, шоколад, рис, манка, геркулес, вермишель, лапша, саго, черника, айва.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№3		Режим питания 4–5 раз в день.		Нежирные сорта колбасы, сосисок, ветчина. Рыба копченая, сельдь, рыбные консервы. Яйца вкрутую, жареные. Масло сливочное, топленое, растительное. Борщ, щи из свежей или квашеной капусты, холодные или горячие зеленые щи, окрошка, свекольник, рассольник. Салаты, винегреты, консервированные овощи, сыры, паштеты из печени.	
№4 (№ 4а)	Содействовать нормализации деятельности кишечника. Максимальное механическое, химическое щажение.	Диета с резким ограничением калорийности, исключением молока, растительной клетчатки, пряностей, солений, копченостей.	Гастроэнтероколиты, хронические колиты в стадии обострения. Дизентерия в остром периоде. Диету назначают на срок не более 5–7 дней.	Сухари из белого хлеба. Суп на обезжиренном мясном бульоне, крупяных отварах с манной крупой, протертым рисом. Блюда из нежирных сортов говядины, телятины, птицы, нежирных сортов рыбы. Каши, пудинги из риса, манной крупы, желе, кисели.	Свежие овощи и фрукты, свежий белый хлеб, блины, сдоба, цельное молоко. Холодные блюда и закуски, напитки, специи, консервы, колбасы, копчености, жирные сорта мяса и рыбы.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№4 (№ 4а)	Снижение бродильных процессов в кишечнике.	Количество приемов пищи 4–5 раз в сутки. Блюда подают сваренные на пару или в воде.	Диету назначают на срок не более 5–7 дней.	Отвар черной смородины, черники, шиповника, кефир трехдневный, свежий творог в протертом виде, ацидофильное молоко. Масло сливочное, яйцо 1шт. в день	Грибы, бобовые, кондитерские изделия, закуски, сливки в ограниченном количестве.
№ 4б	Обеспечить полноценное питание. Содействовать уменьшению воспаления и нормализации нарушенных функций ж.к.т.	Диета с повышенным содержанием белков, физиологической нормой жиров, умеренным ограничением углеводов и поваренной соли. Блюда протертые, измельченные, сваренные в воде или на пару, запеченные, реже — тушеные	Хр. энтероколиты в период умеренного обострения. Острый энтероколит в период улучшения.	Нежирное мясо: котлеты, фрикадельки, суфле — паровые, запеченные. Телятина, цыплята, кролик — отварные, тушеные. Нежирная, слегка обжаренная рыба, икра, рыба заливная. Творог свежеприготовленный, творожная паста, пудинги. Сыр неострый. Яйца всмятку (2 шт. в день), сливочное масло. Крупы: рисовая, гречневая, геркулес, овсяная (протертые на воде). Хлеб пшеничный вчерашний. Сухое печенье, бисквит.	Очень горячие и очень холодные блюда. Жирные сорта мяса, утку, гуся, копчености, колбасы, консервы, жиры, жирные сорта рыбы, соленую, маринованную, копченую рыбу, консервы, молоко, острые сыры, виноград, абрикосы, сливы, дыни. Бобовые, пшено, перловую крупу. Сдобу, хлеб свежий, грубого помола.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 4б		Режим питания 5–6 раз в день, небольшими порциями.		Вареные кабачки, тыква, морковь. Супы на слабом обезжиренном мясном и рыбном бульонах. Кисели, желе, компоты. Чай, кофе, какао на воде, отвар шиповника.	Шоколад, мёд, мороженое. Грибы, капусту, свеклу, редис, щавель, шпинат, лук, огурцы, борщ, рассольник, окрошку, пряности, газированные напитки. Ограничивают картофель, молоко, сливки.
№ 4в	Обеспечить полноценное питание. Содействовать нормализации функции кишечника.	Физиологически полноценная диета с ограничением механических, химических раздражителей кишечника. Пищу готовят вареной, тушеной, запеченной.	Хр. колиты, энтероколиты в период выздоровления. Дизентерия в период выздоровления.	Нежирное мясо, куры (тушеные, запеченные). Колбаса диетическая, докторская, сосиски. Нежирная отварная, заливная рыба. Икра, сельдь вымоченная. Творог некислый, творожная паста, пудинги. Сыр неострый, яйца всмятку (2 шт. в день).	Горячие и холодные блюда, жирные сорта мяса, копчености, консервы, вяленую соленую рыбу, молоко, острый, соленый сыр, жиры, бобовые, репу, редис, лук, грибы.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 4в		Режим питания 5 раз в день.	Хр. колиты, энтероколиты в период выздоровления. Дизентерия в период выздоровления.	Масло сливочное, растительное, топленое. Каши на воде пополам с молоком. Хлеб пшеничный вчерашний, сухари, ватрушки с творогом. Отварные, паровые, запеченные в виде пюре овощи (морковь, тыква, кабачки). Супы на нежирных бульонах, мягкие, сырые, спелые фрукты и ягоды, компоты, кисели, желе, соки, отвар шиповника.	Крепкие жирные бульоны, щи, рассольник, окрошку, закуски, консервы, копчености, пряности. Виноград, сливы, абрикос, мороженое, шоколад, виноградный сок, газированные напитки, квас. Ограничивают сметану, сливки.
№ 5а	Химическое, механическое щажение всех органов пищеварения. Создание максимального покоя печени.	Ограничены тугоплавкие жиры, белки, углеводы в пределах физиологической нормы.	Острые гепатиты или обострение хронических. Цирроз печени, острый холецистит (через 3–7 дней после начала болезни), обострение хронического.	Мясо и птица нежирные в отварном или паровом виде, изделия из котлетной массы. Рыба отварная, паровая нежирная. Молоко, некислый обезжиренный творог, некислая сметана, тертый неострый сыр.	Жирные сорта мяса, утку, гуся, колбасы, копчености, консервы, печень, мозги, почки, бульоны.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 5а	Способствовать нормализации нарушенной функции печени и желчных путей.	Исключаются блюда и продукты, богатые экстрактивными веществами, пуринами, щавелевой кислотой, грубой клетчаткой. Блюда готовят вареными, протертыми, подают в теплом виде. Прием пищи 5–6 раз в день небольшими порциями	После операции на желчных путях на 5–6 день (острый панкреатит).	Белковые паровые омлеты, растительное масло (блюда). Каши на молоке (пополам с водой) из манки, риса, протертых: гречневой, овсяной, геркулеса, рисовой муки. Пшеничный хлеб вчерашний, овощи, протертые в сыром, паровом, отварном виде. Супы вегетарианские с протертыми овощами, крупами. Спелые, мягкие, сладкие фрукты в сыром, протертом виде, запеченные, вареные. Чай с лимоном, молоком. Кофе слабый с молоком, соки, отвар шиповника.	Рыбу копченую, жареную, соленую, икру, сливки, жирный творог, острый сыр, дыни, бобовые, макароны, пшено, свежий ржаной хлеб, сдобное тесто, холодные закуски, грибы, соленья, бобовые, капусту, редис, щавель, лук. Кислые плоды, шоколад, мороженое, халву, пряности, какао, черный кофе, холодные и газированные напитки. Ограничивают сливочное масло, телятину, цыплят.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 5	Содействовать восстановлению нарушенной функции печени. Способствовать накоплению гликогена в печени. Стимулировать желчеотделение и моторную функцию кишечника	Полноценная по калорийности диета, с ограничением тугоплавких жиров, ограничением пуринов, с повышенным содержанием метонина, холина, лецитина, клетчатки, жидкости. Количество приемов пищи 5 раз в сутки. Пищу дают преимущественно в измельченном виде, не допускается жареное.	Хронический гепатит, холецистит, ангиохолиты, болезнь Боткина, желчнокаменная болезнь	Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта, вчерашней выпечки, подсушенный. Печенье из несдобного теста. Супы из овощей, круп, макаронных изделий на овощном отваре, молочные, фруктовые супы. Нежирные сорта мяса и птицы в отварном и тушеном виде с удалением сока. Нежирные сорта рыбы (треска, сазан, судак) в запеченном или отварном виде. Различные виды овощей, зелень в сыром виде. Различные крупы, макаронные изделия. Фрукты, ягоды. Молоко цельное, сметана, творог свежий обезжиренный, сыры не острые, простокваша, ацидофильное молоко.	Очень холодная или очень горячая пища, бульоны наваристые, жирные сорта мяса и рыбы, жиры, жареные блюда, выпечка, сдоба, яйца (не больше 1-го в день), свежий хлеб, консервы, колбасы, копчености, острые приправы, лук, чеснок, щавель, шпинат, грибы, редис, горох, какао, шоколад, мороженое, пряности, клюква, алкоголь, кислые фрукты и ягоды, телятина, цыпленок.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 5		Все блюда готовятся в вареном виде или на пару, а также запекаются в духовке.		Салаты, винегреты, творожная паста. Чай, некрепкий кофе с молоком, сливочное масло, оливковое, подсолнечное, рафинированное.	
№ 6	Нормализация пуринового обмена. Уменьшение образования мочевой кислоты и усиленное выведение ее.	Исключить из пищи продукты, содержащие большое кол-во пуриновых тел. Исключение овощей, содержащих много щавелевой кислоты, ограничение бобовых. Увеличить жидкость до двух литров. Режим питание: 4–5 раз в день, в промежутках — питье.	Подагра, мочекислый диатез (уратурия, оксалурия), мочекаменная болезнь.	Диета № 5 с ограничением мяса, фруктовые разгрузочные дни. При сочетании подагры с ожирением — переход на диету № 8.	Жирная высококалорийная пища с повышенным содержанием мясных и рыбных блюд, почки, печень, мозги, язык, телятина, цыпля-та, бульоны, навары, студень, копченые, соленые продукты, колбаса, шоколад, крепкий чай, кофе, какао, малина, брусника, щавель, редис, спаржа, шпинат, соя, хрен, горох, фасоль, алкоголь, грибы, томат.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 7а	Максимальное щажение функции почек. Улучшение выделения из организма продуктов обмена веществ. Уменьшение гипертонии и отеков в условиях постельного режима.	Преимущественно растительная диета с резким ограничением белков, исключением поваренной соли. Жиры и углеводы умеренно снижены. Исключают продукты, богатые экстрактивными веществами, эфирными маслами, щавелевой кислотой. Пищу готовят без соли, хлеб бессолевой.	Острый нефрит в тяжелой форме. Хронический нефрит при выраженной почечной недостаточности.	Мясо, птица, рыба — полностью исключаются. Молоко, кефир, сливки — до 100–150 г в день, сметана в натуральном виде, сливочное, несоленое, растительное масло. Различные крупы, макаронные изделия, бессолевой хлеб, блинчики, оладьи на дрожжах без соли. Картофель, свежие овощи, укроп, петрушка, вываренный и обжаренный лук. Супы овощные картофельные, крупяные, фруктовые. Овощные салаты, винегреты, фрукты, ягоды, кисели, компоты, желе, сахар, мёд, варенье, нешоколадные конфеты, кислосладкие соусы, подливки овощные и фруктовые.	Творог, сыр, маргарин, жиры, бобовые, хлеб, печенье, мучные изделия, соленые, маринованные, квашеные продукты, щавель, шпинат, редьку, редис, грибы. Бульоны, шоколад, мороженое, пряности, какао, натуральный кофе, минеральные воды, отвары мясные, рыбные. Ограничивают желтки, добавляемые к блюдам.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 7а		Кулинарная обработка: без механического щажения, отваривания, запекания, легкое обжаривание, режим питания 5–6 раз в день.			
№ 7б	См. Диету № 7а	Диета со значительным уменьшением белка, резким ограничением поваренной соли. Жиры и углеводы — в пределах физиологической нормы. Режим питания 5–6 раз в день. Кулинарная обработка (диета № 7.	Острый гломерулонефрит на 6–8-й день после диеты № 7а. Обострение хр. нефрита. Хр. почечная недостаточность.	1 раз в день около 15 г белка в виде отварного мяса или отварной рыбы, 200 г молока, кефира, 1 яйцо, или 100 г творога, поваренной соли от 1,5 до 3 г. Набор продуктов см. диету № 7а.	Хлеб белый 1 и 2-го сорта отрубной без соли. Супы вегетарианские, телятина, курица, с разными крупами, молочные, овощные, фруктовые, без соли. Нежирные сорта говядины, телятина, курица, индейка, кролик. Рыба нежирная (судак, карп, окунь, щука, навага). Картофель, морковь, капуста цветная, свекла, салат, помидоры, свежие огурцы, крупы всякие, макароны, лапша, вермишель.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 7б					Яйца (не более 1-го в день), фрукты, ягоды (абрикосы, урюк, курага), сахар, мёд, варенье, кефир, цельное молоко, простокваша, творог, винегреты, салат. При пиелонефритах количество выпиваемой жидкости увеличено (в виде соков, отваров шиповника, минеральной воды без газа).
№ 7	Резкое ограничение содержания экстрактивных веществ для уменьшения раздражения почек. Повысить выделение из организма недоокисленных продуктов обмена веществ.	Ограничение поваренной соли и свободной жидкости, ограничение веществ и напитков, раздражающих почки и печень, изъятие продуктов и напитков, вызывающих метеоризм.	Нефрозы, нефриты (в фазе выздоровления), пиелонефриты (вне обострения). Нефропатия беременных.		Используются продукты и блюда, не содержащие большого количества углеводов, жира. Сахар заменяется ксилитом, сахарином. Включают продукты с повышенным содержанием йода (продукты моря). Резко ограничивается жарение.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 7	Оказать противовоспалительное действие на почки.	Преобладание в диете солей калия. Всю пищу готовят без соли, мясо и рыбу варят. Количество приемов пищи 6 раз в сутки. Рекомендуется чередование диеты с разгрузочными днями (сахарными, компотными, арбузными и др.).			
№ 8	Воздействие на обмен веществ для предупреждения и устранения избыточного отложения жировой ткани.	Диета с ограничением калорийности за счет уменьшения содержания углеводов, повышения нормы белков.	Ожирение		

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 8		Ограничение жидкости и поваренной соли. Увеличение содержания растительной клетчатки. Количество приемов пищи до 6 раз в сутки. Пищу готовят без соли, соль по назначению врача выдают на руки.	Ожирение		
№ 9	Повышение функции инсулярного аппарата поджелудочной железы и улучшение обменных процессов в организме	Диета с ограничением углеводов, жиров, с исключением сладостей, сахара. Количество приемов пищи 4–5 раз в сутки.	Сахарный диабет	В диету включают продукты и блюда за исключением сахара, мёда, варенья, кондитерских изделий, изюма и др. Продуктов, содержащих много сахара.	Сахар, варенье, мед, конфеты, кондитерские и мучные изделия. Сладкие фрукты и ягоды, жирные сорта говядины, баранины, свинины, рыбы, жиры, копчености, жирные колбасы, острые приправы, сырковая масса.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 9		Пищу дают преимущественно в измельченном виде, исключается жареное.		Сахар заменяют сорбитом, ксилитом, сахарином. Разрешается: масло сливочное, молоко, кефир, нежирные сорта мяса, рыбы, творог, нежирная сметана, помидоры, яйца (1 шт. в день), помидоры, морковь, картофель, капусту, лук, яблоки. Хлеб ржаной отрубной, пшеничный. Из круп: гречка, рис, овсяная крупа.	Сгущенное молоко, мороженое, алкоголь, очень холодные блюда.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 10а	Способствовать восстановлению нарушенного кровообращения. Нормализации водно-солевого обмена и функции почек. Обеспечить щажение с.с.с, почек, органов пищеварения.	Диета с уменьшенным содержанием тугоплавких жиров, белков, углеводов. Пищу готовят без поваренной соли, хлеб бессолевой. Увеличено количество калия. Пищу готовят протертой, сваренной в воде или на пару. Режим питания: 6–7 раз в сутки небольшими порциями.	Болезни сердца с недостаточностью кровообращения. Инфаркт миокарда (с 3–4 недели).	Нежирные сорта мяса, рыбы, птицы в отварном, рубленом, протертом виде. Молоко, свежий протертый творог, сметана, кефир, простокваша. Яйца всмятку (до 2 шт. в день). Масло сливочное, растительное, каши на воде, с молоком (манка, рис, гречка, геркулес), вермишель, бессолевой пшеничный хлеб, печенье. Овощи протертые, вареные. Супы вегетарианские (½ тарелки), свежие фрукты, ягоды в сыром виде, курага, урюк, чернослив. Некрепкий чай, соки, отвар шиповника.	Жареные блюда, горячие, холодные блюда. Сыр, яйца, жареные, вкрутую, сырые. Рыбу соленую, копченую, икру, консервы, копчености, жиры, гусь, утку, баранину, консервы, копчености, жиры. Пшено, перловка, макароны, бобовые. Овощи соленые, маринованные, грибы, бульоны, холодные закуски. Виноград, шоколад, отвары мясные, рыбные, пряности. Резко ограничены экстрактивные вещества, крепкий чай, кофе, грубая клетчатка, какао, виноградный сок, газированные напитки.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 10	Щажение сердца и сосудов. Укрепление сердечной мышцы. Повышение уровня калия в крови. Предупредить развитие атеросклероза	Диета с ограничением калорийности за счет жиров и углеводов. Ограничение продуктов, содержащих много холестерина. Резкое ограничение поваренной соли, пуриновых веществ. Включение продуктов, богатых миотропными веществами, солями магния. Пищу дают в хорошо разваренном виде, с нежной консистенцией путем измельчения, без жарения.	Пороки сердца, кардиосклероз, гипертоническая болезнь. Постинфарктный период, ревматизм, миокардит.	Хлеб пшеничный, серый, грубого помола, сухари. Сухое несдобное печенье. Супы овощные, крупяные, молочные, фруктовые, борщи, свекольники, щи из свежих овощей, с зеленью и кореньями, вегетарианские. Нежирный мясной суп 1 раз в неделю. Блюда из нежирных сортов мяса (баранины, свинины, телятины, индейки, курицы) в отварном и запеченном виде. Нежирная рыба, морепродукты. Омлет белковый (желтка до ½ в день).	Мясные и рыбные соусы, бульоны, жареное мясо, рыба, консервы, колбасы, копчености, сдоба, мягкий хлеб, алкоголь, специи, хрен, горчица, перец, рыбья икра, мороженое, острые и соленые закуски, крепкий натуральный чай, кофе, какао, шоколад, шпинат, щавель. Ограничивают бобовые, блюда из круп (при избыточной массе тела), животные жиры, сливочное топленое масло, сахар, мёд, варенье, джем.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 10		Для больных гипертонической болезнью пищу готовят без соли. Прием пищи 5–6 раз в день.		Винегреты, салаты с растительным маслом, картофель, капуста, помидоры, кабачки, свежие огурцы, укроп, петрушка, тыква. Фрукты, ягоды в любом виде. Блюда из муки, круп, макаронных изделий, молоко и молочные блюда (нежирные): творог, кефир, простокваша, кумыс, сыр, жиры растительные. Соки, негазированные минеральные воды.	
№ 11	Повысить общее питание и реактивность организма. Способствовать повышению сопротивляемости организма у больного туберкулезом.	Диета усиленного питания с повышенным содержанием белков животного происхождения. Обогащение рациона миотропными веществами, кальцием, витаминами. Кулинарная обработка пищи обычная. Прием пищи 4–5 раз в сутки.	Туберкулез легких, истощение, пониженная реактивность организма.	В диету включают разнообразные продукты и блюда, используются разнообразные способы приготовления пищи (см. диету № 15).	Не рекомендуется избыток углеводов и жиров. Острые и жирные соусы, торты, пирожные.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 12	Восстановление процессов кроветворения. Обеспечение организма веществами, участвующими в процессах кроветворения.	Повышенное содержание белков. Удвоенное содержание витаминов B_1, B_2, B_6, B_{12}, C, PP.	Малокровие (анемия, лейкоз, геморрагические диатезы). Заболевания нервной системы.	Блюда из печени, почек, сердца, рубцов, мозгов. Гематоген, дрожжи, сыр, соя, чечевица, творог. Нежирное мясо, птица, рыба, молочные продукты, яйца, икра, крупы, овощи, бобовые, ягоды, изюм, орехи, чернослив, морковь, свекла, яблоки, грибы.	Жирные сорта мяса и рыбы.
№ 13	Способствовать поддержанию защитных сил организма. Разведение и выведение токсинов. Патогенное и жаропонижающее действие.	Разнообразная диета с ограничением грубой растительной клетчатки, молока в свободном виде, острых блюд, закусок, пряностей, с повышенным содержанием жидкости.	Острые инфекционные заболевания, ангина.	См. диету № 2, но с ограничением овощных блюд и преимущественным приготовлением паровых блюд.	Овощные супы (не протертые), супы, щи, борщи, жирные сорта мяса и рыбы, сало, колбасы, консервы, жареное, специи, пряности, сдоба, острые закуски, копчености, капуста, репа, редис, лук, щавель, хрен, горчица, перец.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 13	Щажение ж.к.т., лихорадящего больного в условиях постельного режима.	Пищу готовят в пюреобразном, полужидком виде, варят в воде или на пару. Температура горячих блюд не ниже 60 ºС, холодных не выше 12–15 ºС. Прием пищи не менее 6 раз в сутки. По показаниям — чаще. Питание в ночное время.			
№ 14	Создать благоприятные условия, препятствующие выпадению фосфорно-кальциевых солей в моче, способствующих их выведению из организма.	Диета с ограничением продуктов со щелочным дольным остатком и преобладанием продуктов с кислотными валентностями.	Фосфатурия	Различные виды хлеба и хлебных изделий. Супы на мясном, рыбном, грибном бульонах с макаронными изделиями, крупами, бобовыми	Сдобные изделия на молоке, гарниры из овощей в ограниченном количестве. Ягоды, фрукты, блюда из них, молоко, простокваша, кефир, творог, сыр.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 14		Оптимальное соотношение солей кальция и фосфора (1:1), обильное введение жидкости. Температура пищи обычная. Прием пищи 5–6 раз в сутки.		Различные виды мяса, рыб и птиц с разнообразным приготовлением. Разнообразные крупы, бобовые, омлеты, яичница без молока (до двух яиц в день), сахар, сладости в обычном количестве. Сельдь, икра, мясные и рыбные закуски. Чай, кофе, какао без молока, сливочное топленое масло, растительные жиры.	
№ 15	Обеспечить полноценное питание больного в условиях лечебного заведения	Диета строится по принципу физиологически полноценного питания для человека, не занимающегося физическим трудом, с нормальным количественным	Различные заболевания, при которых отсутствуют изменения со стороны системы пищеварения.	Хлеб пшеничный из муки 1 и 2-го сорта, ржаной, печенье. Супы различные. Блюда из мяса, птицы (куском), блюда из рыбы. Салаты, винегреты, из сырых овощей. Блюда из круп, макаронных изделий, яиц.	Гусь, утка, жирная говядина, свинина, сало, баранина.

№ диеты	Целевое (лечебное) назначение	Общая характеристика	Показания к назначению	Характеристика продуктов и блюд	
				Разрешенных к применению	Запрещенных к применению
№ 15		соотношением белков, жиров, углеводов, солей, но с удвоенным содержанием витаминов. Кулинарная обработка-обычная, прием пищи 4–5 раз в сутки.	Различные заболевания, при которых отсутствуют изменения со стороны системы пищеварения.		
№ 16	Блюда в протертом и пюреобразном виде (с учетом возраста).	Общая диета для детей от 1 года 3 мес. до трех лет при различных заболеваниях и в период реконвалесценции.			

Контрастные диеты (разгрузочные дни)

№ п/п	Наименование диеты	Показания к назначению	Характеристика разгрузочного дня
1	Молочный день	**1-й вариант:** заболевания С.С.С. в стадии субкомпенсации и декомпенсации. **2-й вариант:** ожирение, подагра.	Ч/з каждые 2 часа 6 раз в день дают 100 г молока и на ночь 200 г фруктового сока с 20 г глюкозы или сахара. Можно добавить 2 р. в день по 25 г подсушенного белого хлеба. 5–6 стаканов кипяченого молока или кефира ч/з каждые 2 часа.
2	Яблочный день	**1-й вариант:** хронические колиты с поносами, острый колит. **2-й вариант:** хронический полиартрит, гипертоническая болезнь, нефриты.	Ч/з каждые 2 ½ –3 часа 5–6 раз в день дают 250–300 г протертых зрелых яблок без кожуры и семян; всего 1,25–1,5 кг. Ч/з каждые 2 ½–3 часа 5–6 раз в день дают 300 г зрелых яблок; всего в день до 2 кг яблок.
3	Сахарный день	Заболевания печени, желчных путей, нефриты, хронические поносы.	Ч/з каждые 3 часа 5 раз в день дают по 1 стакану горячего чая с добавлением 30–40 г сахара.
4	Рисово-компотный день	Гипертоническая болезнь, болезни печени, почек.	Ч/з каждые 2 ½ –3 часа 6 раз в день дают по 1 стакану компота, причем 2 р. со сладкой рисовой кашей, сваренной на воде. Всего в день 1,2 кг свежих или 24 г сухих фруктов, 50 г риса и 120 г сахара, компота 1, 5 л.
5	Арбузный день	Гипертоническая болезнь, нефрит, атеросклероз, болезни печени.	5 раз в день дают 300 г зрелого арбуза (без кожуры).

№ п/п	Наименование диеты	Показания к назначению	Характеристика разгрузочного дня
6	Творожный день	Ожирение, атеросклероз	400–600 г творога 9% или обезжиренного на 4–5 приемов, 2 стакана кофе с молоком или черного кофе без сахара, 1–2 стакана отвара шиповника, 1–2 стакана обезжиренного кефира (всего 1 литр жидкости).
7	Мясо-овощной день	Ожирение	Говядина нежирная 600 г (360 г вареной), овощи (капуста, морковь, огурцы, 0,6–0,8 кг, на 6 приемов), 2 стакана кофе с молоком, без сахара, 1–2 стакана отвара шиповника.
8	Из кураги (сушеных абрикосов)	Заболевания С.С.С.	5 раз в день по 100 г слегка размоченной кураги.
9	Картофельный день	Острый и хронический нефрит. Недостаток кровообращения 2-3 ст.	1,5 печеного или отварного в кожуре картофеля без соли на 5 приемов.
10	Овощные, фруктовые, ягодные дни	Атеросклероз, гипертоническая болезнь. Болезни печени, почек, подагра, ожирение, уратурия.	Свежие овощи и плоды или их комбинация. 5 раз в день по 200–300 г (огурцы по 300–400 г без соли, можно с добавлением растительного масла).

Примечание: контрастные (разгрузочные) диеты назначают на 2–3 дня с учетом общего состояния и переносимости.

Примерное меню на один день

Диета № 1а

Завтрак: одно яйцо всмятку, один стакан молока.
11:00: кисель фруктовый.
Обед: суп рисовый слизистый, суфле мясное паровое, кисель фруктовый.
Полдник: отвар шиповника, одно яйцо всмятку.
Ужин: каша манная молочная, кисель фруктовый.
Перед сном: один стакан молока.

Диета № 1б

Завтрак: омлет паровой, каша гречневая протертая.
11:00: один стакан молока.
Обед: суп рисовый слизистый, суфле мясные паровые, кисель фруктовый.
Полдник: отвар шиповника, одно яйцо всмятку.
Ужин: каша овсяная протертая, котлеты мясные паровые.
Перед сном: один стакан молока.

Диета № 1

Завтрак: творог протертый с молоком, каша гречневая протертая с молоком, чай.
11:00: молоко 200 г.
Обед: суп молочный, манный. Рулет картофельный с мясом. Кисель яблочный.
Ужин: биточки рыбные, паровые, с картофельным пюре.
Перед сном: молоко 200 г.
На весь день: хлеба пшеничного 400 г, сахара 25 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 2

Завтрак: творог с молоком, каша гречневая вязкая, кофе с молоком.

Обед: суп рисовый на мясном бульоне, протертый. Тефтели мясные, с картофельным, морковным пюре (соус томатный). Кисель клюквенный.

Ужин: котлеты рыбные, жареные, с гречневой, вязкой кашей.

Перед сном: кефир 200 г.

На весь день: хлеба пшеничного 400 г, сахара 25 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 3

Натощак: стакан холодного отвара из чернослива.

1-й завтрак: салат из свеклы и яблок. Мясо жареное с луком и капустой, кукуруза с морковью и яблоками.

2-й завтрак: рыба жареная с жареной тыквой или яичница с помидорами. Фрукты свежие, хлеб, чай, фруктовый сок.

Обед: суп рассольник с почками. Зразы из цельного мяса, фаршированные грибами с гречневой кашей. Компот.

Ужин: творожники со сметаной, чай.

За 1 час до сна: фрукты свежие или простокваша однодневная.

Диета № 4

Завтрак: омлет паровой. Каша рисовая протертая, чай.

Обед: бульон с манной крупой, суфле мясное паровое. Кисель на крепком чае.

Ужин: кнели рыбные паровые. Каша рисовая протертая на воде. Чай.

Перед сном: кисель из сушеной черной смородины или вишни.

На весь день: хлеба пшеничного 200 г (на сухари), сахара 25 г, масла 15 г.

Диета № 5

Завтрак: рыба отварная с картофельным пюре, каша геркулесовая молочная. Чай с молоком.

Обед: суп молочный с вермишелью. Мясо отварное с овощами. Компот из сухих фруктов.

Ужин: крупеник.

Перед сном: кефира 200 г.

На весь день: хлеба пшеничного 200 г, хлеба ржаного 200 г, сахара 25 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 6

1-й завтрак: салат из свежей капусты и яблок, каша манная молочная с маслом, чай с лимоном, масло сливочное, хлеб белый и черный, черствый.

2-й завтрак: котлеты картофельные, запеченные со сметаной. Фрукты, хлеб.

Обед: борщ вегетарианский со сметаной, котлеты картофельные или крупяные из гречневой крупы и творога. Компот из свежих фруктов.

Ужин: макароны с творогом, рагу из овощей, чай с молоком.

За 1 час до сна: кефир с сахаром, свежие ягоды.

Диета № 7

Завтрак: макароны с творогом, чай.

Обед: борщ вегетарианский со сметаной. Плов из вареного мяса. Кисель клюквенный.

Ужин: котлеты рыбные, жареные с гречневой вязкой кашей, соус томатный.

Перед сном: кефира 200 г.

На весь день: хлеба пшеничного 400 г, сахара 25 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 8

Завтрак: салат из помидоров и огурцов, мясо или язык отварной 100 г с отварным картофелем. Кофе черный с добавлением сахара. Хлеб черный.

2-й завтрак: сыр 40 г, яичница с помидорами, хлеб черный, чай или настой шиповника.

Обед: борщ вегетарианский с грибами. Мясо тушеное с гречневой рассыпчатой кашей, свежие огурцы. Яблоки печеные.

Ужин: рыба в майонезе, капуста цветная с маслом, чай с лимоном и сахаром.

За 1 час до сна: кефир или фрукты свежие.

Диета № 9

Завтрак: сардельки с отварным картофелем и чай.

Обед: рассольник на мясном бульоне со сметаной. Голубцы, фаршированные мясом и рисом. Яблок 100 г.

Ужин: рыба жареная с гречневой вязкой кашей.

Перед сном: кефира 200 г.

На весь день: хлеба пшеничного 100 г, хлеба ржаного 300 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 10

Завтрак: омлет (1 шт.), каша гречневая с молоком, чай.

Обед: суп фруктовый с рисом 1/2 порции, рыба отварная в картофельном пюре. Кисель фруктовый.

Ужин: пудинг овощной с рисом.

Перед сном: кефира 200 г, хлеба пшеничного 400 г, сахара 25 г, масла сливочного 15 г.

Диета № 11, 12

Натощак: стакан настоя шиповника с мёдом.

1-й завтрак: паштет из печени с салатом из сборных овощей, яичница жареная с помидорами, вареники ленивые со сметаной, чай с лимоном, масло сливочное, хлеб белый.

2-й завтрак: вымоченная сельдь, 50 г с винегретом, кофе с молоком, фрукты.

Обед: щи из свежей капусты с помидорами и сметаной. Говядина отварная в кисло-сладком соусе с гречневой кашей и тушеной свеклой. Кисель.

Ужин: кабачки, фаршированные рисом, мясом. Яблоки, фаршированные творогом. Кисель из ягод.

За 1 час до сна: молоко или простокваша.

Диета № 13

8–9 ч: омлет паровой, сок черной смородины.

9–11 ч: каша рисовая, творожный крем, масло сливочное 10 г, чай с молоком.

12–13 ч: яйца всмятку (1 шт.), кисель.

14–15 ч: бульон мясной некрепкий с манной крупой, суфле мясное, паровое с маслом. Компот.

16–17 ч: кефир, яблоки печеные.

18–19 ч: фрикадельки из судака в желе. Кисель.

20–21 ч: пюре морковное. Чай с лимоном.

На ночь: компот из свежих фруктов.

На весь день: сухари 200 г, белый хлеб.

Диета № 14

Завтрак: сельдь вымоченная, каша гречневая рассыпчатая.

Обед: суп-лапша на курином бульоне, куры жареные с отварным рисом, кисель клюквенный.

Полдник: отвар шиповника.

Ужин: котлеты мясные жареные, с растительным маслом, горошек зеленый, чай.

На ночь: отвар шиповника.

Диета № 15

Завтрак: сельдь (50 г) с отварным картофелем, чай.

Обед: щи на мясном бульоне со сметаной, котлеты мясные жареные с вермишелью, кисель клюквенный.

Ужин: крупянник.

Перед сном: кефира 200 г.

На весь день: хлеба пшеничного 200 г, хлеба ржаного 200 г, сахара 25 г, масло сливочного 15 г.

Приложение 7

Банк проблем пациента и сестринских вмешательств

Потребность в нормальном дыхании

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Одышка экспираторная, инспираторная, смешанная; – удушье; – кашель (сухой, влажный); – кровохарканье; – боли в грудной клетке; – легочное кровотечение; – лихорадка.	– Незнание, неумение использовать ингалятор; – неумение использовать плевательницу; – незнание или невозможность занять дренажное положение; – затруднение отхождения мокроты; – невозможность занять положение, уменьшающее одышку или боль в грудной клетке; – страх смерти от удушья; – необходимость отказа от курения; – аспирация мокротой, инородным телом; – закупоркой дыхательных путей; – отрицательными факторами окружающей среды (загазованность, запыленность, табачный дым, переохлаждение, сквозняки и др.); – связанные с хроническим характером заболевания.
МЕТОДЫ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	**СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)**
1. Оказание доврачебной помощи. 2. Выполнение врачебных назначений. 3. Создание комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его основных потребностей. 4. Оказание психологической поддержки и помощи пациенту и его семье.	– Применять обильное, теплое, щелочное питье, не раздражающее слизистые. – Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры. – Обучить пациента технике выполнения ингаляций или проводить ингаляции. – Применять противокашлевые препараты. – Постоянно проводить динамическое наблюдение за состоянием пациента.

МЕТОДЫ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)
5. Выполнение технических манипуляций, процедур. 6. Осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья. 7. Организация обучения проведения бесед и консультирования пациента и членов его семьи.	– Проводить массаж грудной клетки. – Проводить визуальный осмотр мокроты. – Применять отхаркивающие средства, бронхолитики. – Соблюдать режим проветривания помещения. – Обеспечить оксигенотерапию. – Обеспечить доступ свежего воздуха. – Придать пациенту удобное возвышенное положение с упором на руки. – Обучить пациента приемам релаксации. – Расстегнуть стесняющую одежду. – Применить карманный ингалятор с бронхолитиком. – Обучить пациента правилам пользования карманным ингалятором. – Обучить пациента правилам сбора мокроты для лабораторного исследования. – Обеспечить положение в постели, облегчающее боль. – Обеспечить пациенту прием анальгетиков, препаратов, уменьшающих кашель. – Объяснить пациенту смысл создания дренажного положения в постели. – Приготовить плевательницу. – Осуществить уход за полостью рта. – Поднять ножной конец кровати на 20–30 см выше уровня пола. – Уложить пациента в постель на щит. – Объяснить пациенту, что необходимо поворачивать туловище вокруг своей оси после появления кашля и отхождения мокроты. – Придать пациенту удобное горизонтальное положение. – Дать 1 таблетку нитроглицерина (или валидола) под язык и 25–30 капель валокордина или корвалола, или дать 1–2 капли нитроглицерина (или валидола 3–5 капель) под язык на сахаре.

МЕТОДЫ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)
	– Создать сидячее или полусидячее удобное положение в постели с опорой для спины со спущенными ногами. – Очистить ротовую полость от пены и слизи. – Провести ингаляцию увлажненного кислорода, пропущенного через пеногаситель. – Наложить венозные жгуты на руку и бедра, расслабляя их по очереди через 10–15 минут. – Приготовить к приходу врача: наркотический анальгетик, мочегонные, сердечные гликозиды и др. – Транспортировать пациента на носилках в реанимационное отделение. – Уложить пациента так, чтобы голова была расположена ниже туловища, а ноги приподняты. – Подать грелки к кистям и ногам, поясничной области, укрыть одеялом, подать теплый чай или кофе. – Проверить и восстановить проходимость дыхательных путей. – Срочная сердечно-легочная реанимация.

Потребность в адекватном питании и питье

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
Отрыжка, изжога, дисфагия: – нарушение аппетита; – тошнота; – рвота; – дегтеобразный стул (мелена); – боли в желудке, животе, прямой кишке;	– Наличие зубных протезов. – Невозможность самостоятельно принимать пищу. – Нет возможности разнообразить пищу. – Неприятный запах изо рта. – Незнание принципов рационального питания. – Страх перед возможностью недержания мочи или кала.

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– метеоризм; – риск обезвоживания; – избыточная или пониженная масса тела, несоответствующая потребности пациента; – слабость; – головокружение; – потливость.	– Злоупотребление клизмами. – Неудобства, связанные с использованием судна и мочеприемника. – Связанные с хроническим характером заболевания. – Связанные с желудочно-кишечным кровотечением. – Незнание принципов адекватного питания. – Незнание принципов диетического питания. – Невозможность самостоятельно принимать пищу, жидкость. – Отказ принимать пищу. – Злоупотребление диетой. – Отрицательные факторы окружающей среды (погрешности в питании, курение, алкоголь, наследственность, аллергия к пищевым продуктам и др.).
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Обучить пациента и его родственников правилам питания, кормления. – Регистрировать данные о стуле пациента. – Проводить первичную оценку реакций пациента при кормлении (в том числе и искусственном). – Организовать кормление. – Оказывать помощь во время приема пищи. – Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при кормлении. – Уложить пациента, положить холод на эпигастральную область. – Вызвать врача для оказания неотложной помощи. – Уложить пациента на бок или на спину, повернув голову набок, для предупреждения аспирации рвотных масс. – Успокоить, создать полный покой для снижения интенсивности боли. – Приготовить лекарственные средства для купирования боли, колики. – По назначению врача ввести лекарственные средства. – Провести беседу о необходимости включения в рацион продуктов питания и питья. – Обучить пациента комплексу ЛФК и приемам самомассажа живота. – Организовать диетическое питание: соблюдать режим питания, создать высокое положение Фаулера (при кормлении тяжелобольного).	

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)
– Спросить пациента, в какой последовательности он будет принимать пищу. – Обработать полость рта тяжелобольному после приема пищи. – Провести промывание желудка. – Научить пациента приемам борьбы с икотой, отрыжкой, тошнотой, рвотой. – Обеспечить индивидуальной посудой, стаканом, ложкой.

Потребность в физиологических отправлениях

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Расстройство мочеиспускания (учащение, затруднение, недержание, задержка); – усиленное газообразование; – понос; – запор; – слабость; – головокружение; – отеки; – зуд кожных покровов; – недержание кала; – проблемы адаптации; – страх за свою жизнь.	– Невозможность самостоятельно посещать туалет. – Необходимость посещать туалет в ночное время. – Недержание мочи (кала). – Трудности, возникающие из-за необходимости осуществлять физиологические отправления в непривычном положении. – Риск развития инфекции мочевыводящих путей. – Нежелание открыто обсуждать вопросы, связанные с физиологическими отправлениями. – Наличие внешнего катетера. – Наличие колоностомы или цистостомы. – Страх перед возможным недержанием кала или мочи. – Недостаток знаний о своем здоровье. – Дефицит самоухода.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Объяснить родственникам и пациенту о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли, обогащенной белками и солями калия (стол № 7). – Обеспечить проверку передач. – Обеспечить уход за кожей и слизистыми. – Определять ежедневно водный баланс пациента. – Обеспечить контроль за режимом физиологических отправлений пациента. – Обеспечить пациента теплым судном. – Обеспечить грелкой для согревания постели.	

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)
– Взвешивать пациента ежедневно, но не менее 1 раза в 3 дня. – Обеспечить прием лекарственных средств по назначению врача. – Обеспечить уход за промежностью. – Обеспечить уход за мочевым катетером. – Проводить первичную оценку реакций пациента при нарушении потребности. – Научить пациента и его родственников использовать памперсы. – Обеспечить безопасность и уединение во время акта дефекации или мочеиспускания. – Поощрять пациента быть максимально независимым. – Обучить пациента комплексу ЛФК и самомассажа. – Провести подмывание наружных половых органов. – Выполнить катетеризацию. – Выполнить промывание мочевого пузыря. – Осуществить уход за стомой.

Потребность пациента в движении

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Ограничение подвижности вследствие заболевания. – Полная неподвижность. – Высокий риск падений. – Чувство физической утраты. – Снижение физической активности. – Риск развития пролежней. – Развитие тугоподвижности суставов. – Состояние депрессии. – Снижение мышечного тонуса. – Наличие тромбов в периферических венах.	– Состояние вынужденной зависимости. – Слабость. – Дезориентация в пространстве. – Послеоперационный период. – Травма. – Боль различного происхождения. – Потеря веса. – Инфекция дыхательных путей. – Постельный режим. – Запор. – Повреждение кожных покровов.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Обучить пациента и его родственников, предоставить им информацию о возможности пациента двигаться. – Определять степень ограничения подвижности. – Проводить первичную оценку реакций пациента при риске образования пролежней, используя шкалу Нортона. – Организовать уход при риске образования пролежней. – Оказывать помощь при наличии пролежней, нарушении целостности кожных покровов.	

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)
– Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при передвижении. – Вызвать врача для оказания неотложной помощи. – Уложить пациента на бок или на спину, повернуть на живот, соблюдая безопасность. – Успокоить, создать полный покой для снижения переживаний по поводу ограничения подвижности. – По назначению врача ввести лекарственные средства. – Провести беседу о необходимости включения в рацион продуктов питания и питья, способствующих ускорению образования костной ткани. – Обучить пациента комплексу ЛФК и приемам самомассажа конечностей. – Побуждать пациента вставать с кровати (кресла) и ходить каждый час с помощью помощника. – Научить пациента приемам ЛФК, выполнять пассивные физические упражнения, начиная с верхней группы суставов: – выполнять упражнения медленно и плавно в каждом суставе; – поддерживать каждый сустав во время движения; – не переходить предел терпимости боли, наблюдать за выражением лица; – соблюдать правильную биомеханику своего тела, чтобы не повредить позвоночник.

Потребность в сне и отдыхе

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Нарушение качества сна. – Бессонница.	– Биологический ритм (жаворонки, совы); пища или напитки; настроение, переживание, сновидения, заботы. – Комфортность постели, нательного белья. Присутствие другого человека (других людей) в помещении. – Одежда. – Микроклимат в помещении (свежий воздух, температура воздуха, освещение). – Шум, яркий свет. – Высокая кровать. – Непривычное место для сна. – Изменение обычного двигательного режима. – Необходимость вынужденного положения.

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
	– Храп. – Боль. – Неадекватная анальгезия в ночное время.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Проводить первичную оценку сна. (Учитывать субъективность оценки.) – Организовать комфортные условия в постели: обеспечить «любимой» подушкой, качественным матрацем, оптимальным количеством подушек, одеял, чистым постельным бельем. – Необходимость возвышенного положения во время сна. – Оказывать помощь при необходимости находиться в вынужденном положении. – Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия. – Уложить пациента, соблюдая безопасность во время сна. – Успокоить, создать полный покой для снижения переживаний по поводу ограничения подвижности и изменений привычной деятельности перед сном. – По назначению врача ввести снотворные лекарственные средства. – Провести беседу о необходимости организации ужина за 4 часа до сна. – Обучить пациента комплексу ЛФК и приемам самомассажа конечностей. – Побуждать пациента гулять перед сном на свежем воздухе. – Проветривать помещение перед сном. – Обучить пациента навыкам, способствующим регулированию процессов засыпания. – Обсудить с врачом вопросы адекватности анальгезии в ночное время (анальгетики принимают за 20–30 минут до приема снотворных средств). – Дать возможность выспаться. – Невозможность спать при шуме, ярком свете, в темноте.	

Потребность пациента в одежде и личной гигиене

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Риск инфицирования пролежней (возникновения кишечных инфекций, педикулеза, инфицирования мочевыводящих путей и др.).	– Возраст. – Изменение физического состояния. – Невозможность соблюдать личную гигиену (неподвижность, бессозна-

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Отказ от подмывания. – Неумение, незнание как чистить зубы. – Неумение застегивать пуговицы. – Дефицит знаний и навыков для осуществления гигиенических мероприятий. – Недостаток знаний о здоровом образе жизни. – Неумение близких ухаживать за больным. – Чувство ложного стыда. – Нарушение целостности кожных покровов.	тельное состояние, психические расстройства). – Тяжелые заболевания. – Снижение функции органов чувств. – Отсутствие конечности. – Заболевания, ведущие к ограничению подвижности.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Проводить первичную оценку индивидуальных привычек человека. – Организовать условия для осуществления личной гигиены. – Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия, чувство собственного достоинства для самостоятельного осуществления личной гигиены. – Успокоить, создать полный покой для снижения переживаний по поводу ограничения самостоятельности осуществления личной гигиены. – Провести беседу о необходимости организации личной гигиены утром и перед сном. – Обучить пациента элементам ухода. – Побуждать пациента самостоятельно выполнять уход. – Обсудить с врачом вопросы самоухода.	

Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Невозможность самостоятельно укрыться. – Невозможность самостоятельно обеспечить себя питьем в связи с падением температуры.	– Повышение температуры тела. – Понижение температуры тела. – Лихорадка. – Озноб. – Снижение двигательной активности.

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Невозможность самостоятельно сменить белье. – Риск обезвоживания. – Слабость. – Потливость. – Жажда. – Снижение аппетита. – Снижение массы тела. – Сонливость. – Нежелание использовать более легкое одеяло. – Отсутствие аппетита. – Непонимание принципов адекватного питания при лихорадке. – Неадекватная физическая нагрузка. – Высокий риск травмы.	– Бред, галлюцинации. – Потоотделения. – Время суток. – Неподвижность. – Изменение состояния зависимости для поддержания нормальной температуры тела. – Прием алкоголя. – Изменения температуры окружающей среды. – Невозможность приема пищи. – Прием лекарственных средств.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Проводить первичную оценку механизмов теплоотдачи и теплообразования у пациента. – Организовать условия для согревания пациента. – Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия, чувство собственного достоинства при раздевании, смене белья. – Успокоить, создать полный покой для снижения переживаний по поводу повышения температуры тела. – Провести беседу о необходимости организации личной гигиены (обтирания кожи, прикладывания пузыря со льдом к голове, обертывания во влажную простынь, приема ванны, ухода за складками кожи с целью профилактики опрелостей, подмывания). – Обучить пациента элементам ухода. – Побуждать пациента самостоятельно выполнять уход. – Обсудить с врачом вопросы самоухода. – Организовать сбалансированное питание.	

Потребность в поддержании безопасной окружающей среды

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Высокий риск травмы. – Риск инфекционных заболеваний. – Риск падения. – Высокий риск расстройства сна. – Риск передозировки лекарственных средств. – Риск переохлаждения. – Страх, тревога, неуверенность. – Снижение иммунитета. – Риск создания пожарной ситуации. – Риск несчастного случая.	– Снижение уровня боли (ощущений). – Физические недостатки, немощность. – Инфекции, уровень иммунитета. – Возраст. – Ослабление умственной деятельности. – Слабость. – Зрение, слух, обоняние. – Травмы. – Тремор рук. – Агрессивность. – Плохое настроение. – Самонадеянность. – Посттравматическое стрессовое состояние. – Нарушения правил раздачи и приема лекарственных средств. – Социокультурные и экономические факторы (стресс, депрессия, эмоциональное оскорбление, финансовое насилие, психологическое насилие).
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Проводить первичную оценку степени существующей опасности. – Обучить пациента и его родственников мерам поддержания безопасной окружающей среды. – Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при передвижении. – Успокоить, создать полный покой для снижения переживаний по поводу проблем. – Провести беседу о необходимости организации и поддержания безопасной окружающей среды. – Обучить пациента мерам поддержания безопасной окружающей среды: вести активный образ жизни, пользоваться исправными электроприборами, хранить в безопасности лекарственные средства, химические вещества. – Контролировать прием лекарственных средств.	

Потребность в общении

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Заикание. – Утрата голоса. – Потеря речевой функции (афазия). – Потеря слуха. – Нежелание общаться. – Отсутствие знакомых, близких. – Потеря памяти.	– Возраст. – Речь, зрение. – Заболевания (ангина, ларингит, фарингит, врожденные заболевания). – Наличие дефектов зрения, слуха, качество речи. – Слепота. – Состояние психической неустойчивости. – Уровень интеллекта, самоуверенность, плохие взаимоотношения с другими людьми. – Плохое знание языка. – Диалект, акцент. – Шум, свет, обстановка. – Доход, профессия, средства массовой информации, компьютер. – Незнание языка. – Сухость во рту. – Потеря способности двигаться.
СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (действия медицинской сестры)	
– Провести первичную оценку существующей возможности в общении. – Стремиться поддерживать комфортные условия при общении. – Успокоить, создать условия для снижения переживаний по поводу проблем, связанных с общением. – Провести беседу о необходимости организации и поддержания общения с родственниками, всеми, с кем желает общаться пациент. – Провести психологическую адаптацию пациента к проблемам, связанным с общением. – Организовать досуг пациенту, радио, телевизор, книги, блокнот и бумагу, магнитофон.	

Потребность в труде и отдыхе

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (сестринские диагнозы)	ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (с чем связаны проблемы пациента)
– Изменение состояния независимости. – Изменение работы и отдыха. – Изменение окружающей среды и привычной деятельности. – Страх потери работы.	– Употребление наркотиков, алкоголя. – Безработица. – Пребывание в стационаре. – Нежелание, невозможность самостоятельно принимать решения. – Потеря социального статуса и роли в обществе, семье. – Потеря заработка. – Утрата смысла жизни. – Страх увольнения. – Характер и стадии различных заболеваний. – Снижение зрения. – Нарушения речи.

МЕТОДЫ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Медицинской сестре необходимо помнить, что решение этих проблем находится за рамками компетентности сестринского персонала.

– Провести первичную оценку существующей проблемы, определить степень зависимости от семьи или государства.

– Стремиться поддерживать комфортные условия при общении, заинтересовать пациента новыми условиями работы и видами отдыха.

– Успокоить, создать условия для снижения переживаний по поводу проблем, привлечь компетентных специалистов к решению данных проблем.

– Провести беседу о необходимости адаптации и поддержания независимости с родственниками, всеми, с кем желает общаться пациент.

– Провести психологическую адаптацию пациента к проблемам.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ К РАЗДЕЛУ I

Задание № 1

Выполните упражнения и задания в тестовой форме, которые помогут вам узнать немного больше о себе и начать понимать сложные механизмы, которые участвуют в выполнении, казалось бы, такой простой задачи, как обмен несколькими фразами с незнакомым человеком.

Упражнение

Вы хотите завести разговор с попутчиком в транспорте (или другом месте). Поразмышляйте и ответьте на вопросы:

1. Как Вы чувствовали себя, когда приступили к выполнению задания?
2. Помните ли Вы о том, что перехватили взгляд этого человека?
3. Что Вы видели?
4. Какова была реакция собеседника (слова, выражение лица, жесты)?
5. Как Вы чувствовали себя после этого?
6. Что могло быть хорошо, а что могло быть улучшено?

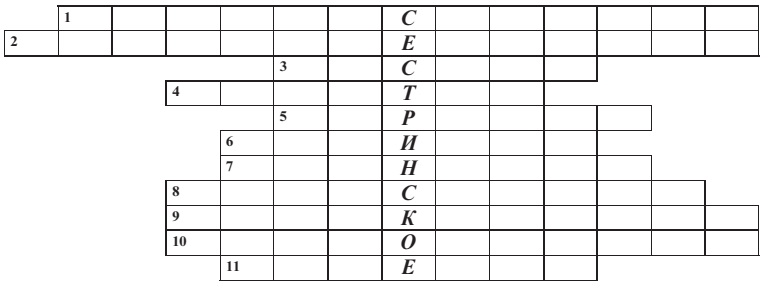
Задание № 2

Выберите определения существенных для сестринского дела понятий, установите соответствие:

1. Этические обязанности:	а) знания б) говорить правду в) профессионализм г) делать добро д) здоровье ж) умение
2. Этические ценности:	з) держать данное тобой слово и) сострадание к) уважать право пациента л) независимость м) терпение
3. Добродетели (черты характера человека):	н) целеустремленность о) не причинять вреда

п) здоровье окружающей среды
р) человеческое достоинство
с благотворительностью

Кроссворд
«Теория, философия и деонтология сестринского дела»



ДЕЛО

Задание:

1. Этическая ценность.
2. Совокупность норм поведения.
3. Учреждение паллиативной помощи.
4. Компонент, способствующий умению слушать и понимать.
5. Тип сестры по Харди.
6. Человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его.
7. Общественная сущность человека.
8. Одна из добродетелей.
9. Тип ЛПУ.
10. Этический принцип приносить добро другому.
11. Одно из понятий этических категорий.

Задание № 3.

Выберите правильные ответы:

1. Основной принцип философии сестринского дела:
1) достоинство;
2) честь;
3) независимость.

2. Фактор, способствующий общению с пациентом:
1) эмоциональность;
2) предоставление возможности высказаться пациенту;
3) профессионализм медсестры.

3. Этическая обязанность — это:
1) милосердие;
2) независимость;
3) преданность.

4. Лидер сестринского дела в России:
1) В.И.Перфильева;
2) Е.М. Бакунина;
3) В.И. Саркисова.

5. Программный документ «Философия сестринского дела в России» был принят в:
1) Санкт-Петербурге, июнь 1991 г.;
2) Москве, октябрь 1993 г.;
3) Голицыно, август 1993 г.

6. Процесс общения с помощью языка — это:
1) вербальная коммуникация;
2) невербальная коммуникация;
3) мимика.

7. Тип медсестры, по Харди, механически выполняющий свои обязанности — это:
1) материнский;
2) мужеподобный;
3) рутинер.

8. Первое научное определение сестринского дела сформулировала:
1) Флоренс Найтингейл;
2) Юлия Вревская;
3) Вирджиния Хендерсон.

9. Медалью Флоренс Найтингейл награждают:
1) лидеров сестринского дела;
2) проявивших героизм на театре военных действий;
3) преподавателей сестринского дела.

10. Этические ценности — это:
1) умение;
2) забота (уход);
3) уважение прав пациента.

11. ЛПУ, предназначенные для амбулаторного лечения пациента, — это:
1) санаторий-профилакторий;
2) поликлиника;
3) больница.

12. Тип медицинской сестры, по Харди, относящийся с превосходством к другим медсестрам и пациентам:
1) нервный;
2) рутинер;
3) узкий специалист.

13. Индивид, который нуждается в сестринском уходе, — это:
1) личность;
2) пациент;
3) человек.

Задание № 4

По теме: «Общение в сестринском деле и сестринская педагогика».

Установите соответствие

1. Тип общения, язык	А) облик, жесты, мимика
2. Средства общения	Б) индивидуальные, коллективные, формальные, неформальные
3. Элементы психотерапевтического общения	В) вербальный, невербальный
4. Приемы обучения	Г) беседа, убеждение, разъяснение
5. Способы обучения	Д) логические, организационные, технические

Задание № 5

По теме: «Общение в сестринском деле».

Оцените приведенные высказывания в баллах от 0 до 4, затем посчитайте сумму:

1. Я легко сближаюсь с людьми.
2. У меня много знакомых, с которыми я охотно встречаюсь.
3. Я разговорчивый человек.
4. Я непринужденно чувствую себя с незнакомыми людьми.

5. Мне стало бы неприятно, если бы надолго исчезла возможность общения.

6. Когда мне надо что-то узнать, я предпочитаю спросить, а не копаться в книгах.

7. Мне удается оживить скучную компанию.

8. Я говорю быстро.

9. Когда я надолго оторван от людей, мне очень хочется поговорить с кем-нибудь.

1–12 баллов. Вы с трудом вступаете в контакт. Ориентированы на собственные чувства. Сдержанны, застенчивы, общению предпочитаете книгу. Эмоциям не доверяете, любите порядок. Пессимистичны, и поэтому вряд ли из вас получится хороший педагог или организатор. Вы интроверт, по темпераменту обычно флегматик или меланхолик.

13–24 балла. Для вас характерны спокойные, ровные отношения с людьми, ответственность за свои поступки. Именно такие люди умеют общаться с людьми. Амбраверт.

25–36 баллов. Экстраверт. Словоохотливый, общительный оптимист, любит каверзные вопросы, острые шутки. Общение — не проблема, и Вы прекрасный импровизатор. Все у вас получается легко и непринужденно. Но вы не менее легко относитесь и к своим собственным обязательствам, не всегда сдерживаете свое слово. Не считаете нужным контролировать эмоции и чувства. Вы по темпераменту холерик или сангвиник.

Если Вы выявили черты, препятствующие контакту, не расстраивайтесь. Психологи утверждают, что у 20–50% людей некоторые черты характера заострены и порой это приводит к конфликтам и нервным срывам.

Такое состояние — не болезнь, оно проявляется только в определенных ситуациях, а с годами может ослабевать и сглаживаться.

Задание № 6

«Умеете ли вы себя контролировать»:

Отвечайте «да», если Вы согласны с утверждением, или «нет», если не согласны.

1. Мне кажется трудным подражать другим людям.

2. Я бы, пожалуй, мог при случае «свалять дурака», чтобы привлечь внимание или позабавить окружающих.

3. Из меня мог бы выйти неплохой актер.

4. Другим людям иногда кажется, что я переживаю более глубоко, чем это есть на самом деле.

5. В компании я редко оказываюсь в центре внимания.
6. В различных ситуациях и в общении с разными людьми часто веду себя совершенно по-разному.
7. Я могу отстаивать только то, в чем искренне убежден.
8. Чтобы преуспеть в делах и отношениях с людьми, стараюсь вести себя в соответствии с их ожиданиями.
9. Я могу быть дружелюбным с теми, которых «не выношу».
10. Я всегда такой, каким кажусь.

Ответы:

Начислите себе по 1 баллу за ответ «нет» на 1,5,7-й вопросы и за ответ «да» на все остальные. Посчитайте сумму баллов. Если Вы отвечали искренне, то о вас, по-видимому, можно сказать следующее:

0–3 балла. У вас низкий коммуникативный контроль. Ваше поведение устойчиво, и Вы не считаете нужным его изменить в зависимости от ситуации. Вы способны к искреннему самораскрытию в диалоге, некоторые считают Вас «не очень удобным» в общении из-за прямолинейности.

4–6 баллов. У вас средний коммуникативный контроль. Вы искренни, но сдержанны в своих эмоциональных проявлениях. Следует больше считаться в поведении с теми, с кем контактируете.

7–10 баллов. У вас высокий коммуникативный контроль. Вы легко входите в любую роль, гибко реагируете на изменение ситуации и даже в состоянии предвидеть впечатление, которое произведете на окружающих вас людей.

Задание № 7

«Ваше умение слушать»

Ответы могут быть:
а) «почти всегда»;
б) «в большинстве случаев»;
в) «иногда»;
г) «редко»;
д) «почти никогда».

1. Стараетесь ли Вы «свернуть» беседу, когда собеседник не интересен вам?
2. Раздражают ли вас манеры вашего партнера по общению?
3. Может ли неудачное его выражение спровоцировать вас на резкость или грубость?
4. Избегаете ли Вы вступать в разговор с неизвестным или малознакомым вам человеком?

5. Имеете ли привычку перебивать говорящего?

6. Делаете ли вид, что внимательно слушаете, а сами думаете совсем о другом?

7. Меняете ли тон, голос, выражение лица в зависимости от того, кто ваш собеседник?

8. Меняете ли тему разговора, если он коснулся неприятного для вас вопроса?

9. Поправляете ли человека, если в его речи встречаются неправильно произнесенные слова, названия, вульгаризмы?

10. Бывает ли у вас снисходительно-менторский тон с оттенком пренебрежения и иронии по отношению к тому, с кем говорите?

Задание: посчитайте набранные баллы.

а) «почти всегда» — 2 балла;

б) «в большинстве случаев» — 4 балла;

в) «иногда» — 6 баллов;

г) «редко» — 8 баллов;

д) «почти никогда» — 10 баллов.

Чем больше баллов, тем в большей степени развито умение слушать. Если Вы набрали более 62 баллов, то слушаете «выше среднего уровня».

Задание № 8

Проблемная ситуация

Участковая медсестра, доброжелательная, чуткая, общительная, 24 года, пришла к пациенту 78 лет. У пациента хроническая пневмония. По назначению врача медсестра делает ежедневно, в течение семи дней, инъекции антибиотиков. Пациент одинокий, по вечерам после работы приходит сын, 51 год, иногда внучка 22 лет.

У пациента резко снижен слух. Пациент каждый раз интересуется: какое лекарство ему вводят? Сколько? Какая погода на улице?

- Какие элементы общения будет использовать медсестра?
- Как бы Вы ответили пациенту на интересующие его вопросы?

Задание № 9

Тема: «Сестринская педагогика».

Выбрать правильный ответ

1. Одна из сфер обучения пациента:

1) эмоциональная;

2) настроение;
3) поведение;
4) подражание.

2. Способ обучения:
1) психическое воздействие;
2) индивидуальный;
3) вербальный;
4) логический.

3. Побуждение пациента к какой-либо деятельности называется:
1) эмоцией;
2) мотивацией;
3) проявлением способностей;
4) потребностью.

4. Основное направление содержания обучения пациента:
1) способность осуществлять уход;
2) мотивация обучения;
3) проявление способностей;
4) достижение цели.

5. Один из структурных компонентов мотивации:
1) удовольствие от самой деятельности;
2) удовлетворение потребности;
3) проявление эмоций;
4) достижение цели.

6. К понятию «организация обучения» относится все, кроме:
1) содержание занятия;
2) развитие способностей к обучению;
3) время и место;
4) достижение цели.

7. Процесс получения учебной информации с целью формирования умений и навыков называется:
1) содержанием занятия;
2) развитием способностей к обучению;
3) обучением;
4) процессом восприятия информации.

8. Действия, которые при многократном повторении становятся автоматическими, называются:
1) навыками;
2) умениями;
3) обучением;
4) мотивацией.

Задание № 10

Тема: «Сестринская педагогика».

Выберите все правильные ответы:

1. Метод обучения — это:
1) процесс передачи знаний пациенту;
2) практические действия медицинской сестры;
3) способ достижения цели;
4) индивидуальный подход.

2. Сферы обучения — это:
1) психомоторная;
2) эмоциональная;
3) познавательная;
4) социально-психологическая.

3. Оценка потребности пациента в обучении проводится с учетом его:
1) окружения;
2) образа жизни;
3) особенности личности;
4) потребности обучения в самоуходе.

4. Особенности пациента, влияющие на степень обучаемости:
1) улучшение состояния здоровья;
2) психическое развитие;
3) отношение к обучению;
4) внимание, понимание, запоминание.

5. Мотивация — это первый обязательный этап формирования действий:
1) физических;
2) значимых;
3) индивидуальных;
4) умственных.

6. Компоненты мотивации:
1) удовольствие от самой деятельности;
2) использование доступных терминов;
3) результативность умственной деятельности;
4) определенный уровень качества жизни.

7. Планирование обучения обсуждается с пациентом с учетом его:
1) индивидуальности;
2) оптимальной последовательности действий;
3) интереса обучения;
4) выбора времени обучения.

8. Познавательная сфера характеризует:
1) настроение;
2) умения, навыки;
3) способность анализировать, синтезировать, абстрактно мыслить;
4) интеллект, самооценку, гражданскую позицию.

9. Социально-психологическая сфера отражает:
1) настроение, чувства;
2) психомоторное развитие личности;
3) интеллект, самооценку, гражданскую позицию;
4) способность анализировать, синтезировать, абстрактно мыслить.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ К РАЗДЕЛУ II

Задание № 1

Приведите в соответствие:

Сестринские вмешательства:	**Действия медсестры:**
1. ЗАВИСИМЫЕ	а) выполнение манипуляции по требованию врача;
2. НЕЗАВИСИМЫЕ	б) действия медсестры, осуществляемые по собственной инициативе;
3. ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ	в) сотрудничество медсестры с другим специалистом;
	г) постановка капельницы;
	д) подготовка к лабораторному исследованию;
	е) придание пациенту удобного положения в постели

Задание № 2

Из предложенных ответов выберите правильный, наиболее полный.

1. Первый этап сестринского процесса — это:
1) сестринское обследование;
2) определение проблем пациента;
3) планирование ухода;
4) реализация плана.

2. Потребности выживания человека по Маслоу:
1) избегать опасности;
2) быть чистым;
3) есть;
4) общаться.

3. Второй этап сестринского процесса — это:
1) планирование сестринских вмешательств;
2) сбор информации о пациенте и ее анализ;
3) определение проблем пациента, сестринское диагностирование;
4) постановка целей.

4. Сестринский диагноз определяет:
1) болезнь;
2) реакцию организма в связи с болезнью;
3) психосоциальные отклонения в состоянии здоровья пациента;
4) эмоциональные реакции.

5. Основные методы сестринской диагностики:
1) наблюдения;
2) наблюдения, беседа, анализ;
3) анализ наблюдений;
4) обсуждение, убеждения.

6. Сестринский диагноз может:
1) изменяться в зависимости от заболевания;
2) оставаться неизменным в течение всей болезни;
3) изменяется ежедневно, ежечасно;
4) оставаться неизменным в течение всей жизни.

7. Третий этап сестринского процесса — это:
1) определение потребностей пациента;
2) определение проблем пациента, диагностирование;
3) планирование сестринского ухода;
4) реализация плана ухода.

8. Постановка целей ухода необходима для определения:
1) направленности и эффективности сестринского вмешательства;
2) условий реализации плана вмешательств (с помощью кого или чего);
3) конечного срока сестринского вмешательства;
4) действий медсестры.

9. Каждая цель включает компоненты:
1) действие, время;
2) действие, критерии, условие;

3) с помощью кого осуществляется уход;
4) критерии (дата, время, расстояние), условие (с помощью кого или чего).

10. Требования к постановке целей:
1) должны быть реальными;
2) иметь конкретные сроки, быть достижимыми;
3) участие пациента, реальность, достижимость, сроки;
4) участие пациента в обсуждении цели, сроки.

11. Оценка психосоциального состояния пациента проводится на основании наблюдения за поведением пациента, а также:
1) социально-экономических данных, факторов риска, потребностей пациента;
2) оценки потребностей;
3) оценки потребностей и факторов риска;
4) социально-экономических данных.

12. Действия медсестры, выполняемые под наблюдением врача, называются:
1) независимыми;
2) зависимыми;
3) сотрудничество, консультирование;
4) взаимозависимыми.

13. Сестринская помощь планируется на основе:
1) медицинского диагноза;
2) нарушенных неудовлетворенных потребностей пациента;
3) факторов риска различных заболеваний;
4) имеющихся ресурсов для оказания помощи.

14. Объективные данные о пациенте — это:
1) рост, масса тела, состояние кожных покровов, пульс;
2) рост, масса тела, факторы риска, поведение, пульс, АД;
3) пульс, АД, ЧДД, рост, масса тела, поведение, факторы риска;
4) физиологические, психосоциальные данные.

15. Субъективные данные о пациенте — это:
1) врачебный диагноз;
2) жалобы пациента;
3) паспортные данные;
4) данные о естественных отправлениях.

16. Четвертый этап сестринского процесса — это:
1) планирование целей сестринских вмешательств;
2) реализация плана;
3) оценка и коррекция плана ухода;
4) постановка целей.

17. Действия медсестры, выполненные по собственной инициативе и желанию пациента:
1) зависимые;
2) независимые;
3) взаимозависимые;
4) сотрудничество, координация ухода.

18. Осуществление сестринского процесса требует выполнения следующих функций медсестры:
1) вовлечение пациента в процесс оказания помощи, его семьи;
2) своевременное распознание болезни;
3) установление взаимоотношений врача и медсестры;
4) лечения пациента, оказания врачебной помощи.

19. Пятый этап сестринского процесса:
1) определение результата сестринской помощи;
2) оказание помощи;
3) профилактика осложнений;
4) регистрация и координация намеченных действий медсестры.

Задание № 3

Выберите правильный, наиболее полный ответ

1. Первый этап сестринского процесса — это:
1) оценка состояния пациента методом сестринского обследования;
2) определение проблем пациента;
3) планирование ухода;
4) реализация плана.

2. Физиологическая потребность человека по Маслоу:
1) избегать опасности;
2) работать;
3) есть;
4) общаться.

3. Сестринский диагноз определяет:
1) болезнь;
2) реакцию организма в связи с болезнью;
3) психосоциальные отклонения в состоянии здоровья пациента;
4) эмоциональные реакции.

4. Основные методы сестринской диагностики:
1) сестринское вмешательство;
2) наблюдения, беседа, анализ;
3) оценка оказанной помощи;
4) обсуждение, убеждения.

5. Сестринский диагноз может:
1) изменяться в зависимости от заболевания;
2) оставаться неизменным в течение всей болезни;
3) изменяться ежедневно, ежечасно;
4) оставаться неизменным в течение всей жизни.

6. Постановка целей ухода необходима для определения:
1) направленности вмешательства и его эффективности;
2) условий реализации плана вмешательств (с помощью кого или чего);
3) конечного срока сестринского вмешательства;
4) действий медсестры.

7. Каждая цель включает компоненты:
1) действие, время;
2) действие, критерии, условие;
3) с помощью кого осуществляется уход;
4) критерии (дата, время, расстояние), условие (с помощью кого или чего).

8. Требования к постановке целей:
1) должны быть реальными, достижимыми;
2) иметь конкретные сроки;
3) участие пациента, реальность, достижимость, сроки;
4) участие пациента в обсуждении цели, сроки.

9. Действия медсестры, выполняемые под наблюдением врача, называются:
1) независимыми;
2) зависимыми;
3) сотрудничество, консультирование;
4) взаимозависимыми.

10. Объективные данные о пациенте — это:
1) рост, масса тела, состояние кожных покровов, пульс;
2) рост, масса тела, факторы риска, поведение, пульс, АД;
3) пульс, АД, ЧДД, рост, масса тела, поведение, факторы риска;
4) физиологические, психосоциальные данные.

11. Субъективные данные о пациенте – это:
1) врачебный диагноз;
2) жалобы пациента;
3) паспортные данные;
4) данные о естественных отправлениях.

12. Действия медсестры, выполненные по собственной инициативе и желанию пациента:
1) зависимые;
2) независимые;
3) взаимозависимые;
4) сотрудничество, координация ухода.

13. Физиологическая проблема пациента:
1) одиночество;
2) риск суицидальной попытки;
3) беспокойство по поводу потери работы;
4) нарушение сна.

14. Основные понятия сестринского дела — это все, кроме:
1) сестры;
2) окружающей среды;
3) пациента;
4) болезни.

15. Страх смерти является проблемой:
1) психологической;
2) физической;
3) социальной;
4) духовной.

16. Вид целей сестринского ухода:
1) краткосрочные;
2) терапевтические;
3) личными;
4) не конкретные.

17. Третий этап сестринского процесса включает:
1) планирование объема сестринских вмешательств;
2) срочное оказание неотложной помощи;
3) выявление проблем пациента;
4) сбор информации.

18. Социальные потребности пациента:
1) сон;
2) одеваться, раздеваться;
3) достижение успеха;
4) еда.

19. Первый этап «сестринского процесса» включает:
1) постановку целей ухода;
2) беседу с родственниками пациента;
3) определение существующих и потенциальных проблем пациента;
4) профилактику осложнений.

20. К определению организации обучения медсестрой пациента относится все, кроме:
1) времени и места занятий;
2) содержания занятий;
3) целей занятий;
4) сбора информации о больном.

21. Гармония личности с окружающей средой — это:
1) здоровье;
2) потребность;
3) проблема;
4) пациент.

22. Осуществление сестринского процесса требует следующих функций:
1) вовлечение пациента в процесс оказания помощи;
2) своевременное распознавание болезни;
3) лечение пациента;
4) мытье рук.

23. Положение модели сестринского ухода по В. Хендерсон ориентировано на:
1) подготовку сестринского персонала в целом;
2) участие самого пациента в сестринском процессе;
3) наблюдение за поведением пациента, его оценки и оказания помощи;
4) обучение пациента принципам самоухода.

24. Основной задачей в области стандартизации сестринской практики является:

1) выполнение процедур по стандартам;
2) правильное оказание помощи;
3) создание единой системы оценки качества работы м/с;
4) создание единой системы учета ресурсов.

Задания в тестовой форме № 4

По теме «Основные потребности человека»

Дополните:

1. Осознанный психологический или физиологический дефицит, который испытывает человек на протяжении своей жизни _____.
2. Потребность общаться представляет _____ ступень пирамиды Маслоу.
3. Потребность одеваться, раздеваться представляет ___ступень пирамиды Маслоу.
4. Потребность быть чистым — это потребность в ___ _____.
5. Потребность есть, пить — это потребность в _____.

Задания в тестовой форме № 5

По теме «Основные потребности человека»

Выберите правильные ответы:

1. Потребности по Маслоу:

1) обеспечить свою жизнь;
2) одеваться, раздеваться;
3) спать, отдыхать;
4) занять определенное место в обществе.

2. Первая ступень потребностей, обеспечивающих выживание:

1) двигаться;
2) общаться;
3) дышать.

3. Вторая ступень потребностей, обеспечивающих собственную безопасность:

1) играть, учиться;
2) дышать;

3) одеваться, раздеваться;
4) быть здоровым.

4. Четвертая ступень потребностей — достижение успеха:
1) иметь жизненные ценности;
2) есть;
3) играть, учиться, работать;
4) дышать.

5. Пятая ступень потребностей — вершина пирамиды Маслоу:
1) избегать опасности;
2) общаться;
3) спать, отдыхать;
4) играть, учиться, работать.

Задача № 1

Пациент К., 25 лет, холост, живет с матерью-пенсионеркой в однокомнатной квартире. Работает водителем грузового автомобиля. Работа связана с длительными поездками, имеет вредные привычки: курит, изредка употребляет алкоголь.

После автомобильной катастрофы находится на стационарном лечении в травматологическом отделении БСМП.

Пациенту была проведена операция: ампутация нижних конечностей. После операции состояние пациента средней тяжести, но медицинских работников беспокоит не его физическое состояние, а нежелание общаться с близкими и друзьями.

При беседах с пациентом медицинская сестра выяснила, что его очень беспокоит будущее, он считает, что полноценная жизнь для него закончилась, что окружающие его люди будут испытывать к нему только жалость.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности пациента.
2. Выявите приоритетную нарушенную потребность.
3. Укажите факторы риска.

Задача № 2

Пациентка С., 48 лет, живет с сыном 18 лет в частном доме без удобств, муж умер 2 года назад. Работает швеей в частной фирме, цех располагается в плохо проветриваемом помещении.

Пациентка поступила в терапевтическое отделение БСМП. Состояние тяжелое, пациентка жалуется на удушье, резкую слабость.

При обследовании: температура тела 39 °С. Болеет в течение трех дней, врача не вызывала. Резко ухудшилось состояние к вечеру третьего дня.

После оказания помощи температура тела снизилась до 36 °С, чувство удушья пропало. Нательное и постельное белье влажное после снижения температуры тела.

Пациентка жалуется на сильную слабость, отказывается от беседы с медсестрой, ссылаясь на желание спать.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности пациента.
2. Выявите приоритетную нарушенную потребность.
3. Укажите факторы риска.

Задача № 3

В терапевтическое отделение № 1 поступила пациентка Н., 58 лет, с жалобами на чувство онемения левой руки и левой ноги, слабость в конечностях, невозможность самостоятельно перевернуться на бок в кровати, встать с кровати и пройти по палате из-за страха упасть. Данное состояние не позволяет самостоятельно провести гигиенические мероприятия, сменить загрязненную одежду.

При беседах медсестра выяснила, что накануне болезни она поссорилась с администрацией своего учреждения. Переживала, плакала в течение нескольких дней, сожалея о случившемся. Много употребляла лекарственных средств, стараясь успокоиться. Живет с мужем в 2-комнатной квартире, оба на пенсии, дети живут в другом городе, студенты.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности пациента.
2. Выявите приоритетную нарушенную потребность.
3. Укажите факторы риска.

Задача № 4

Пациентка Н., 40 лет, работает преподавателем в школе, в течение 20 лет болеет сахарным диабетом, считает, что болезнь унаследована от матери, которая умерла 10 лет назад. Пациентка живет с мужем и сыном в благоустроенной квартире. Муж в настоящее время не работает, сын — студент института. После перенесенного гриппа состояние здоровья резко ухудшилось. Усилилось чувство жажды, пьет много и часто. Видеть стала плохо, очки не помогают, вынуждена оставить работу в школе. Страдает от страха потерять зрение полностью.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности пациента.
2. Выявите приоритетную нарушенную потребность.
3. Укажите факторы риска.

Задача № 5

Пациентка В., 60 лет, находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении БСМП с диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При беседах медсестра выяснила, что пациентка живет одна в частном доме; дочь живет в другом городе; пациентка курит в течение уже нескольких лет; чтобы помочь дочери, которая ждет ребенка, она откладывает деньги, отказывая себе в еде, питается нерегулярно.

Пациентка жалуется на отсутствие аппетита, отвращение к пищи, почти все время лежит и встает только в туалет, при этом испытывает головокружение, слабость. Боится упасть при ходьбе. При беседе с пациенткой медсестра выяснила, что в течение четырех дней у нее отсутствует стул.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности пациентки.
2. Выявите приоритетную нарушенную потребность.
3. Укажите факторы риска.

Задача № 6

Пациент П., 75 лет, поступил в кардиологическое отделение с диагнозом ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность.

При сборе информации о пациенте медсестра получила следующие данные:

Жалобы: на отеки нижних конечностей, увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, одышку в покое, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 12 лет. После перенесенного инфаркта миокарда появились одышка, отеки, боли в правом подреберье. Тревожен, на контакт идет с трудом, выражает опасение за свое будущее, плохо ест. Выпивает жидкости до двух литров в сутки.

В контакте с инфицированными больными не был.

Объективное обследование:

рост — 175 см;

масса тела — 95 кг 500 г;

температура тела: 36,5 °С.

Наблюдение:

сознание: ясное;

положение в постели: вынужденное — ортопноэ;

выражение лица: болезненное;

состояние кожи и слизистых: кожные покровы цианотичные, чистые.

Отеки на стопах и голенях.

Дыхание: ЧДД — 22 в мин, поверхностное, брюшной тип.

Пульс — 92 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств;

АД на левой руке — 140/90 мм рт. ст., АД на правой руке — 145/90 мм рт. ст.

Живот увеличен в объеме, болезненный в правом подреберье.

Стул — запор в течение 40 час, диурез в пределах 1000 мл; сон нарушен — пациент отмечает состояние сонливости днем, ночью рано просыпается.

Пациент осуществляет частичный самоуход, в уходе помогают родственники.

Психический статус: опрятен, уравновешен, малообщителен, тяготится нахождением в больнице, на вопросы отвечает кратко, настроение печальное, способен принимать правильные решения, ориентирован во времени, в месте и в собственной личности. Осознает свои возможности и проявляет интерес к рекомендациям врача и медсестры.

Задания:

1. Оцените неудовлетворенные потребности данного пациента, перечислите основные проблемы (сестринские диагнозы), выделите приоритетные.

2. Определите по шкале Ватерлоо количество баллов и оцените степень риска развития пролежней.

3. Составьте план сестринских вмешательств для одновременного решения проблемы риска развития пролежней и других проблем данного пациента.

4. Реализуйте один из методов сестринских вмешательств (независимых, взаимозависимых зависимых):

4.1. Обучите пациента изменению положения тела в постели. Покажите, какие положения тела в постели приемлемы для этого пациента.

4.2. Сделайте расчет дневного рациона для нашего пациента (пользуясь консультацией диетсестры). Дайте рекомендации родственникам пациента по рациональному выбору продуктов питания.

4.3. Исследуйте пульс, измерьте АД, дайте характеристику этим показателям, проведите регистрацию цифровым методом. Доложите врачу результаты исследований.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ К РАЗДЕЛУ III

Инфекционная безопасность

Задача № 1

Вы — медсестра приемного отделения ЛПУ. Утром, после автомобильной аварии, в стационар поступают потоком пациенты.

1. Какие требования необходимо соблюдать в вопросах профилактики ВБИ?
2. Как организовать профилактику внутрибольничных инфекций в ЛПУ?

Задача № 2

Старшая медсестра ЛПУ проводит обход и предлагает медицинской сестре процедурного кабинета вскрыть стерилизационную коробку с универсальной укладкой, срок стерильности которой не истек. При вскрытии обнаружили, что одна из индикаторных лент ИС-132 не изменила свой цвет.

1. Что произошло?
2. Какими индикаторами осуществляется контроль стерильности.
3. Что необходимо проверить в связи с этим нарушением?

Задача № 3

Вы — старшая медсестра ЛПУ. Вы проводите обход и предлагаете медицинской сестре процедурного кабинета определить пригодность рабочего раствора азопирама — нанести 2 капли на салфетку с кровяным пятном. В течение 1 минуты цвет кровяного пятна не изменился.

1. Что произошло с рабочим раствором азопирамового реактива?
2. Ваши действия в данной ситуации.

Задача № 4

В перевязочном кабинете работают две сестры. Во время перевязки обширной раны пациенту с наркозависимостью содержимое брызнуло медицинской сестре в лицо.

1. Составьте алгоритм действий в аварийной ситуации.
2. Расскажите о профилактике парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции у медицинских работников.

Задача № 5

Одной из важнейших проблем в управленческой деятельности главной медицинской сестры является обеспечение контроля качества дезинфекции.

1. Перечислите основные виды и методы, обеспечивающие высокое качество дезинфекции в ЛПУ.

2. По каким действующим приказам (№ приказа, его название) проводят дезинфекцию в ЛПУ?

Личная гигиена

Тест 1

В кардиологическом отделении находится тяжелобольной К. с диагнозом инфаркт миокарда. Врач назначил строгий постельный режим.

1. Какие рекомендации по поводу смены нательного белья Вы дадите жене, ухаживающей за ним?

2. Каким способом Вы смените постельное белье этому пациенту?

Тест 2

В отделении находится тяжелобольной, за которым ухаживает жена.

Дежурная медсестра принесла подкладной поролоновый круг, сказала жене: «Подложите под спину».

1. Какие ошибки Вы отметите в действиях медсестры?

Тест 3

Во время посещения на дому длительно болеющего пациента Вы обнаружили в области крестца гиперемию. При опросе пациент жалуется на чувство жжения и боль в этом месте.

1. О чем можно думать?

2. Какие конкретные рекомендации Вы дадите родственникам, ухаживающим за ним?

Тест 4

При осмотре тела тяжелобольного Вы обнаружили в области крестца участки некроза кожи.

1. Как называется такое поражение кожи?

2. Как поступить в данной ситуации?

Тест 5

При осмотре тела тяжелобольного Вы обнаружили в области межъягодичных складок мокнущую поверхность кожи.

1. Как называется такое поражение кожи?
2. Как поступить в данной ситуации?

Оценка функционального состояния пациента

Выберите правильные ответы.

1. Пульс — это колебание стенки артерий, создающееся:

1) систолической волной крови;
2) диастолической волной крови;
3) правильным чередованием сильных пульсовых волн с паузами.

2. Число сердечных сокращений у взрослого человека в норме:

1) 85–90 ударов в минуту;
2) 60–80 ударов в минуту;
3) 40–50 ударов в минуту.

3. Частота пульса:

1) зависит от возраста, заболеваний крови;
2) не зависит от возраста;
3) зависит от возраста и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

4. При аритмичном пульсе подсчет производят в течение:

1) 20 секунд, умножая на 6;
2) 30 секунд, умножая на 2;
3) одной минуты.

5. Урежение пульса называется:

1) брадикардией;
2) тахикардией;
3) асистолией.

6. Учащение пульса называется:

1) брадикардией;
2) тахикардией;
3) асистолией.

7. Отсутствие пульса называется:
1) тахикардией;
2) брадикардией;
3) асистолией.

8. Появление внеочередной пульсовой волны меньшей величины называется:
1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

9. Разница между количеством систол и пульсовых волн называется:
1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

10. Нормальными цифрами систолического давления являются:
1) 60–70 мм рт. ст.;
2) 75–85 мм рт. ст.;
3) 100–135 мм рт. ст.;
4) 145–160 мм рт. ст.

11. По механизму возникновения различают следующие виды одышки:
1) экспираторная;
2) приступообразная;
3) постоянная;
4) поверхностная.

Питание пациентов

Выберите правильный ответ.

1. Для диеты № 10 характерно:
1) ограничение углеводов;
2) ограничение жидкости, белков;
3) ограничение соли, жидкости;
4) ограничение жиров, соли, продуктов, богатых холестерином.

2. При заболеваниях желудка назначается диета №:
1) 1;
2) 5;

3) 7;
4) 9.

3. При запорах назначают диету №:
1) 10;
2) 3;
3) 7;
4) 5.

4. Соотношение белков, жиров и углеводов в пищевом рационе больных:
1) преобладают белки;
2) преобладают углеводы;
3) 1:1:4;
4) 2:2:2.

5. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначается диета №:
1) 1;
2) 10;
3) 5;
4) 7.

6. Порционное требование на пищеблок составляется:
1) четыре раза в день;
2) один раз в неделю;
3) один раз в день;
4) при поступлении пациента в стационар.

7. При заболеваниях, не требующих назначения специальной диеты, рекомендуется диета №:
1) 10;
2) 11;
3) 13;
4) 15.

8. Количество жидкой пищи при очередном кормлении через назогастральный зонд (в мл):
1) 200–250;
2) 250–450;
3) 30–50;
4) 100–150.

9. Сорбит, ксилит и другие заменители сахара назначают при диете №:
1) 9;
2) 7;

3) 5;
4) 1.

10. Жидкость, соль ограничивают при диете №:
1) 1;
2) 5;
3) 10;
4) 7.

11. При заболеваниях почек назначают диету №:
а) 7;
б) 1;
в) 5;
г) 10.

12. При заболевании печени назначают диету №:
1) 7;
2) 5;
3) 10;
4) 1.

13. Для диеты № 1 характерно:
1) ограничение соли, жидкости;
2) механическое, термическое и химическое щажение;
3) ограничение углеводов;
4) физиологически полноценная пища.

14. Для диеты № 5 характерно:
1) ограничение соли, жидкостей;
2) ограничение жидкостей;
3) ограничение углеводов;
4) исключение жареных продуктов, животных жиров.

15. При язвенной болезни желудка пациенту назначают диету №:
1) 1;
2) 5;
3) 7;
4) 10.

Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия. Оксигенотерапия

Задание № 1

Установите соответствие

Физиопроцедуры:	**Воздействие физиопроцедур на организм:**
1) горчичники;	а) вызывают расширение сосудов, расслабление гладкой мускулатуры, оказывают болеутоляющее действие; кровообращение;
2) банки;	
3) согревающий компресс, грелка;	
4) пузырь со льдом.	б) вызывают местное охлаждение и сужение кровеносных сосудов, уменьшают боли;
	в) вызывают раздражение эфирным маслом и расширение кровеносных сосудов кожи;
	г) оказывают физическое воздействие на кожу, усиливают кровообращение в глубоко расположенных органах.

Задание № 2

Выбрать правильные ответы.

1. Температурные раздражители рефлекторно влияют на:
1) снижение свертываемости крови;
2) широту просвета кровеносных сосудов, чувствительность организма, тонус мышц;
3) гладкую мускулатуру внутренних органов, ЦНС, оказывая успокаивающий эффект;
4) функцию кишечника.

2. Показания к применению банок:
1) застойные явления в легких;
2) легочные кровотечения;
3) боли в области почек;
4) невралгии, миозиты.

3. Противопоказания к применению банок:
1) туберкулез легких, лихорадка;
2) легочные и др. кровотечения;

3) заболевания кожи, органов кроветворения;
4) невралгии, миозиты.

4. Места постановки банок:
1) подлопаточная и межлопаточная область, исключая позвоночник;
2) по ходу позвоночника при остеохондрозе;
3) область почек;
4) передняя поверхность грудной клетки, исключая молочные железы и область сердца.

5. Экспозиция банок на теле пациента:
1) 10–20 мин, в количестве 10–20 штук;
2) 5–7 мин, в количестве 5–7 штук;
3) 30 мин, в количестве 4–5 штук;
4) устанавливают индивидуально, по назначению врача.

6. Дезинфекцию банок после использования производят :
1) в 0,5% растворе хлорамина, экспозиция 1 час;
2) в 3% растворе хлорамина с 0,5% раствором моющего средства, экспозиция на 1 час, полоскание, просушивание;
3) протирание чистой салфеткой, хранить в сухом виде;
4) обжигом.

7. Показания к постановке влажного согревающего компресса:
1) инфильтрат после инъекций;
2) боли в суставах;
3) боли в животе;
4) лихорадка.

8. Противопоказания к постановке влажного согревающего компресса:
1) инфильтраты;
2) боли в суставах;
3) заболевания кожи, лихорадка (2-й период);
4) боли в животе.

9. Смену влажного холодного компресса производят через:
1) 2–3 мин;
2) как только он высохнет;
3) через 10–20 мин, с промежутком 5 мин;
4) по мере нагревания.

10. Правильность наложения влажного согревающего компресса проверяют:

1) через 1–2 часа, просунув палец под компресс, определив его состояние;
2) через 1–2 часа, сняв компресс, определив по состоянию кожи;
3) через 1–2 часа, опросив больного о состоянии компресса и субъективных ощущениях;
4) через 10 мин, просунув палец под компресс, определив его состояние.

11. Показания к применению горчичников:

1) туберкулез легких;
2) заболевания кожи;
3) миозиты, невралгии, радикулиты;
4) воспалительные заболевания дыхательных путей.

12. Ожоги на коже после снятия банок, горчичников обрабатывают:

1) спиртом 96%;
2) вазелином;
3) 5% р-ром перманганата калия;
4) накладывают мазевую повязку.

13. Показания к применению пузыря со льдом:

1) боли в области печени, почек;
2) сильные головные боли;
3) внутренние кровотечения;
4) ушибы в первые сутки;

14. Показания к применению грелки:

1) абсцессы после инъекций;
2) внутренние кровотечения;
3) озноб;
4) инфильтраты после инъекций.

15. Противопоказания к применению грелки:

1) абсцессы;
2) ознобы;
3) острые боли в животе;
4) высокая лихорадка.

16. Гирудотерапия — это применение пиявок с целью:
1) кровоизвлечения;
2) болеутоляющее действие;
3) рассасывание воспалительных инфильтратов;
4) снижение свертываемости крови.

17. Пиявки ставятся на:
1) сосцевидные отростки, за ушами;
2) область правого подреберья;
3) левую половину грудной клетки;
4) вокруг копчика.

18. Показания для постановки пиявок:
1) гипертоническая болезнь, венозный застой в печени;
2) повышенная чувствительность кожи;
3) анемии, снижение свертываемости;
4) тромбозы вен, геморрой.

19. Перед постановкой пиявок кожные покровы:
1) обрабатывают йодонатом;
2) эфиром;
3) протирают спиртом, обмывают теплой водой;
4) не обрабатывают.

20. Индифферентные ванны имеют температуру воды (в °С):
1) 14–16;
2) 18–20;
3) 34–35;
4) 40–45.

21. Местный полуспиртовый компресс следует снять через (в часах):
1) 10–12;
2) 4–6;
3) 2–3;
4) 1–2.

22. При ушибе в качестве первой помощи применяют:
1) согревающий компресс;
2) пузырь со льдом;
3) горячий компресс;
4) грелку.

23. Количество слоев салфетки для согревающего компресса:
1) 8;
2) 5;
3) 4;
4) 2.

24. Температура воды, используемая для смачивания горчичников (° С):
1) 60;
2) 40;
3) 34;
4) 20.

25. Салфетку для влажного согревающего компресса нужно смочить в воде, после чего отжать (° С):
1) холодной (12);
2) теплой (37);
3) комнатной (20–22);
4) горячей (60).

26. Вещество, выделяемое медицинской пиявкой при укусе:
1) гирудин;
2) гепарин;
3) гистамин;
4) гиалин.

27. Для ускорения присасывания пиявок участок кожи пациента следует протереть раствором:
1) 40% глюкозы;
2) 10% натрия хлорида;
3) 6% столового уксуса;
4) 3% перекиси водорода.

28. Показанием к применению кислорода является:
1) гипоксия тканей;
2) боли в области сердца;
3) отеки;
4) нарушение зрения.

29. Противопоказание для проведения гирудотерапии:
1) инфаркт миокарда;
2) тромбофлебит;
3) гипертензия;
4) лечение антикоагулянтами.

30. При проведении оксигенотерапии кислород увлажняют с целью:
1) предотвращения сухости слизистых оболочек дыхательных путей;
2) пеногашения слизистой мокроты;
3) предотвращения переувлажнения слизистых оболочек дыхательных путей;
4) понижения давления.

31. Наиболее оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси (с использованием кислородной подушки):
1) 15–20%;
2) 40–60%;
3) 75–80%;
4) 100%.

Термометрия

1. Лихорадка — это повышение температуры тела выше:
1) 36,0 °С;
2) 37,0 °С;
3) 38,0 °С;
4) 39,0 °С.

2. Причиной лихорадки является нарушение процесса:
1) кровообращения;
2) терморегуляции;
3) дыхания;
4) потоотделения.

3. Терморегуляция — это процесс, в результате которого:
1) регулируется образование и выделение тепла;
2) регулируется выделение тепла;
3) регулируется образование тепла;
4) поглощается тепло организмом.

4. Температуру в подмышечной впадине измеряют:
1) 5 минут;
2) 10 минут;
3) 20 минут;
4) 40 минут.

5. Субфебрильной называется температура тела:
1) 37,0–38,0 °С;
2) 35,0–36,0 °С;
3) 36,0–37,0 °С;
4) выше 38,0 °С.

6. Нормальная температура тела в прямой кишке:
1) 37,8 °С;
2) 37,0 °С;
3) 36,6 °С;
4) 35,5 °С

7. Извращенная лихорадка — это:
1) с суточным колебанием температуры более 1,0 °С;
2) утренняя температура максимальная, вечерняя нормальная;
3) колебания температуры в пределах 0,5–1,0 °С;
4) утренняя температура нормальная, вечерняя максимальная.

8. Умеренная лихорадка (° С):
1) температура тела не выше 38 °С;
2) выше 41,0 °С;
3) 38,0–39,0 °С;
4) 39–40,0 °С.

9. Термометры после использования дезинфицируются в:
1) 0,5% растворе хлорамина;
2) 3,0% растворе хлорамина;
3) 0,5% растворе перекиси водорода;
4) 2% содовом растворе.

10. Температурная кривая регистрируется:
1) в температурном листе;
2) в дневнике истории болезни;
3) в журнале поступления больных;
4) в листе назначений.

11. Тип лихорадки, при которой периоды постоянного повышения температуры сменяются периодами понижения до субнормальной или нормальной:
1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) гектическая.

12. Тип лихорадки, при которой утренняя температура выше вечерней:

1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) извращенная.

13. Температура тела, измеряемая на слизистых оболочках (°С)

1) 39–41;
2) 38–39;
3) 37–38;
4) 36–37.

14. Температура тела в течение дня колеблется в пределах (°С)

1) 1–1,5;
2) 0,8–1;
3) 0,3–0,8;
4) 0,1–0,3.

15. В развитии лихорадки различают периоды:

1) четыре;
2) три;
3) два;
4) один.

16. Учащение пульса в 1 мин при повышении температуры тела на 1 °С (в ударах) у взрослых:

1) 20;
2) 10;
3) 5;
4) 2.

17. У лихорадящего больного может возникнуть резкая слабость, обильный холодный пот, бледность кожных покровов, даже нитевидный пульс и снижение АД. Это наиболее вероятно при:

1) быстром повышении температуры;
2) литическом снижении высокой температуры;
3) критическом снижении температуры;
4) субфебрилитете.

18. Субфебрильная температура тела (°С):
1) 39–39,5;
2) 38,5–38,9;
3) 38,1–38,2;
4) 37,1–38.

19. В первом периоде лихорадки возможно применение:
1) влажного обертывания;
2) грелки;
3) холодного компресса;
4) пузыря со льдом.

20. Физиологическая температура тела пациента чаще бывает ниже:
1) утром;
2) в обед;
3) вечером;
4) ночью.

21. Основной признак первого периода лихорадки:
1) озноб;
2) чувство жара;
3) учащение пульса;
4) рвота.

22. Протирание подмышечной впадины перед измерением температуры тела:
1) необходимо с гигиенической целью;
2) проводят для получения правильных результатов термометрии;
3) необязательно;
4) не оказывает влияния на показания термометра.

23. В первом периоде лихорадки у пациента наблюдаются:
1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

24. Во втором периоде лихорадки у пациента наблюдаются:
1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

25. В третьем периоде лихорадки, при кризисе, у пациента наблюдаются:
1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

Применение лекарственных средств

Выбрать правильные ответы.

1. Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят:
1) раздельно в сейфе;
2) в холодильнике;
3) в стеклянных шкафах в процедурном кабинете;
4) в шкафу, под замком.

2. Ответственный за хранение ключа от сейфа назначается:
1) жеребьевкой на планерке;
2) решением коллектива;
3) приказом главного врача ЛПУ;
4) по желанию.

3. Введение наркотического анальгетика врач обязан обосновать в:
1) температурном листе;
2) истории болезни;
3) сестринской истории;
4) журнале учета наркотических средств.

4. Внутривенное введение производится путем:
1) впрыскивания;
2) венесекции;
3) инъекции;
4) венепункции.

5. При струйном способе одномоментно внутривенно можно ввести:
1) 2 000 мл;
2) до 20 мл;
3) 50 мл;
4) до 500 мл.

6. Температура вводимого внутривенно раствора должна быть:
1) 20–22 °С;
2) 10–15 °С;
3) 50 °С;
4) 38–40 °С.

7. Попадание под кожу хлорида кальция 10%-ного вызывает:
1) некроз тканей;
2) абсцесс;
3) пирогенную реакцию;
4) лекарственную эмболию.

8. Выписку лекарств из аптеки производит медсестра:
1) процедурная;
2) палатная;
3) старшая;
4) главная.

9. В специально прошнурованном журнале с пронумерованными страницами производится учет лекарственных средств:
1) антибиотиков;
2) эфирсодержащих;
3) наркотиков, сильнодействующих;
4) дорогостоящих.

10. Наружный способ — это применение лекарственных средств:
1) на кожу;
2) через прямую кишку;
3) в полость сустава;
4) на слизистые.

11. Энтеральный способ — это применение лекарственных средств:
1) на кожу;
2) через прямую кишку, через рот;
3) внутрикожно;
4) в полость носа.

12. Парентеральный способ — это применение лекарственных средств:
1) на кожу;
2) через дыхательные пути;
3) через рот, через прямую кишку;
4) подкожно, внутримышечно, внутривенно.

13. К преимуществу энтерального пути введения лекарств относятся:
1) многообразие лекарственных форм;
2) применение в не стерильном виде;
3) невозможность точной дозировки;
4) быстрота действия, точность дозировки.

14. К преимуществу парентерального пути введения лекарств относят:
1) применение стерильных лекарственных форм;
2) многообразие лекарственных форм;
3) невозможность точной дозировки;
4) быстрота действия, поступает в кровь в неизменном виде.

15. Осложнение, возникающее при подкожном введении инсулина:
1) масляная эмболия;
2) постинсулиновая липодистрофия;
3) воздушная эмболия;
4) тромбофлебит.

16. При внутримышечном введении масляных растворов могут возникнуть осложнения:
1) постинсулиновая липодистрофия;
2) воздушная эмболия;
3) тромбофлебит;
4) масляная эмболия.

17. В 1 мл инсулина содержится чаще всего:
1) 25000 ЕД;
2) 5000 ЕД;
3) 100 ЕД;
4) 40 ЕД.

18. В 1 мл гепарина содержится:
1) 25000 ЕД;
2) 5000 ЕД;
3) 200 ЕД;
4) 40 ЕД.

19. При применении гепарина могут возникнуть осложнения:
1) постинсулиновая липодистрофия;
2) воздушная эмболия;
3) тромбофлебит;
4) гематурия.

20. Для разведения 100000 ЕД пенициллина необходимо взять растворителя:
1) 1 мл;
2) 2,5 мл;
3) 5 мл;
4) 10 мл.

21. Для оказания помощи при крапивнице применяют:
1) амидопирин;
2) пенициллин, тетрациклин;
3) димедрол, супрастин, пипальфен, кальция хлорид;
4) кофеин, кордиамин, коргликон, строфантин.

22. Для повышения АД при анафилактическом шоке применяют:
1) пенициллин;
2) адреналин, мезатон, кофеин;
3) эуфиллин, эфедрин;
4) супрастин, димедрол, пипольфен, преднизолон.

23. Для снижения удушья при анафилактическом шоке применяют:
1) пенициллин, тетрациклин;
2) эуфиллин, олупент;
3) супрастин, димедрол, пипольфен;
4) адреналин, мезатон;
5) анальгин, витамин B_1, противостолбнячная сыворотка.

24. Для снятия аллергической реакции при анафилактическом шоке применяют:
1) пенициллин;
2) преднизолон;
3) адреналин;
4) коргликон.

25. Наиболее часто аллергические реакции вызывают лекарства:
1) адреналин, мезатон;
2) пенициллин, противостолбнячная сыворотка, витамин B_1, B_6, анальгин;
3) эуфиллин, эфедрин, олупент;
4) супрастин, пипольфен, димедрол.

26. Масляные стерильные растворы вводят только:
1) внутрикожно;
2) подкожно;
3) внутримышечно;
4) внутривенно.

27. Концентрация спирта для обработки места инъекции (в град.):
1) 40;
2) 96;
3) 1;
4) 70.

28. Угол наклона иглы при внутрикожной инъекции (в град.):
1) 90;
2) 30;
3) 5;
4) 45.

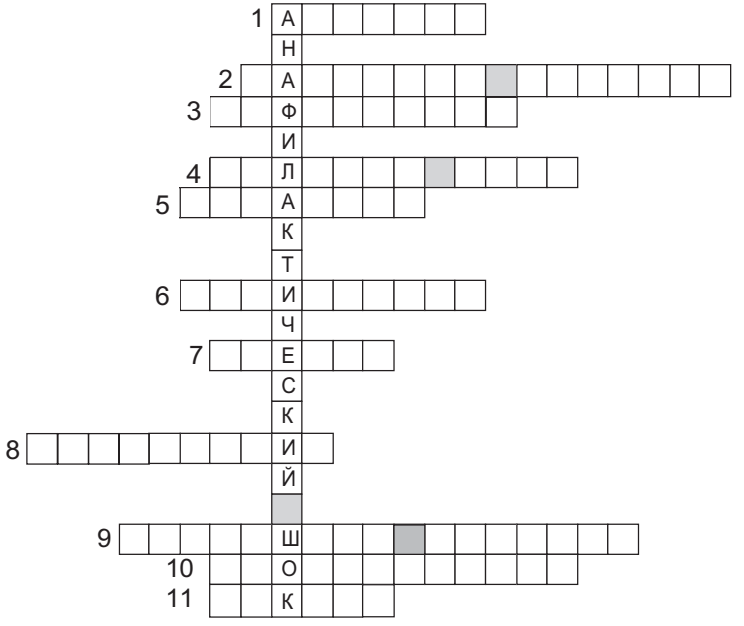
29. Глубина введения иглы при проведении внутрикожной инъекции:
1) только срез иглы;
2) на всю длину иглы;
3) в зависимости от расположения сосуда;
4) две трети иглы.

30. Внутримышечно можно вводить лекарственного вещества не более (в мл):

1) 2–10;
2) 4–6;
3) 2–4;
4) 1–2.

Постинъекционные осложнения

Задание: Найдите правильное решение кроссворда



По горизонтали: 1. Гнойное расплавление мягких тканей. 2. Осложнение при введении масляных растворов. 3. Уплотнение в месте инъекции. 4. Осложнение, возникающее при резком сокращении мышц при инъекции. 5. Кровоизлияние под кожу. 6. Препарат, вызывающий аллергическую реакцию. 7. Воспаление вены. 8. Осложнение при грубейших правилах

асептики. 9. Осложнение при в/в инъекциях. 10. Воспаление вены с образованием в ней тромба. 11. Омертвение тканей.

По вертикали: 1. Самое опасное осложнение, ведущее часто к летальному исходу.

Ситуационная задача

Пациентка по окончании курса лечения антибиотиками предъявила жалобы на дергающую боль в области правой ягодицы, слабость, головную боль. При осмотре медсестра определила в области правой ягодицы инфильтрат, кожа над ним гиперемирована. Состояние пациентки средней тяжести, температура тела 38,5 °С, пульс – 78 ударов в мин, ЧДД – 20 в мин, АД – 120/80 мм рт. ст.

Задания

1. Укажите возможную причину данного состояния.
2. Перечислите, удовлетворение каких потребностей нарушено у данной пациентки.
3. Определите настоящие и потенциальные проблемы пациентки. Выделите приоритетную проблему.
4. Составьте план сестринского ухода.

Манипуляции, связанные с уходом за стомами

Задача

Пациентке после операции по поводу опухоли сигмовидной кишки наложена колостома. На 2-й день после операции повязка обильно промокла кишечным содержимым. Пациентка расстроена, угнетена, ее беспокоит возможное ухудшение отношений в семье. Она считает, что может стать обузой для семьи дочери, с которой проживает. Больше всего ее беспокоит наличие кишечного свища. Она сомневается, что сможет сама обеспечить уход за кожей в области свища.

Задания

1. Какие изменения кожи в области свища могут возникнуть при плохом уходе за колостомой?
2. Перечислите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациентки.
3. Сформулируйте проблемы пациентки, определите приоритетную проблему.
4. Составьте план сестринских вмешательств и план обучения пациентки.

Клизмы, газоотводная трубка

1. Лечебные клизмы — это:
1) контрастная, масляная;
2) очистительная, послабляющая, сифонная;
3) послабляющая, контрастная.

2. При метеоризме необходимо дать совет по питанию и:
1) применить газоотводную трубку;
2) поставить очистительную клизму;
3) применить газоотводную трубку, если не достигнут эффект после очистительной клизмы.

3. При запоре необходимо дать совет по питанию и:
1) применить газоотводную трубку;
2) поставить очистительную или послабляющую клизму;
3) поставить лекарственную клизму.

4. При недержании кала необходимо следить за чистотой кожи и:
1) подавать пациенту резиновое судно, своевременно менять белье;
2) подавать пациенту эмалированное судно;
3) применять газоотводную трубку, дать совет по питанию.

5. При постановке очистительной клизмы наконечник вводится в прямую кишку на:
1) 20–30 см;
2) 8–10 см;
3) 50–70 см.

6. При постановке масляной и гипертонической клизмы кишечная трубка вводится на:
1) 20–30 см;
2) 8–10 см;
3) 50–70 см.

7. Газоотводная трубка вводится в кишечник на:
1) 20–30 см;
2) 8–10 см;
3) 50–70 см.

8. При применении сифонной клизмы зонд вводится в кишечник на:
1) 30–40 см;
2) 8–10 см;
3) 50–70 см.

9. Для постановки очистительной клизмы необходимо приготовить воду в количестве:
1) 100–150 мл;
2) 1,5–2 л;
3) 8–10 л.

10. Для проведения сифонной клизмы приготовить воду в количестве:
1) 100–150 мл;
2) 1,5–2 л;
3) 8–10 л.

11. Для послабляющих клизм применяются растительное масло или гипертонический раствор в количестве:
1) 100–150 мл;
2) 1,5–2 л;
3) 8–10 л.

12. После очистительной клизмы акт дефекации наступает через:
1) 20–30 минут;
2) 5–10 минут;
3) 10–12 часов.

13. После гипертонической клизмы акт дефекации наступает через:
1) 20–30 минут;
2) 5–10 минут;
3) 10–12 часов.

14. После масляной клизмы акт дефекации наступает через:
1) 20–30 минут;
2) 5–10 минут;
3) 10–12 часов.

15. К послабляющим клизмам относят:
1) масляную и гипертоническую;
2) масляную и сифонную;
3) масляную, сифонную и очистительную.

Катетеризация мочевого пузыря. Уход за катетером

Выбрать правильный ответ.

1. При катетеризации используются перчатки только:
1) чистые;
2) стерильные;
3) одноразовые;
4) многоразовые.

2. Для подмывания пациента перед катетеризацией используется:
1) 5% раствор перманганата калия;
2) вода;
3) слабый раствор перманганата калия;
4) раствор хлорамина.

3. Катетер перед введением необходимо смазать или облить:
1) водой;
2) стерильным вазелиновым маслом;
3) 70% этиловым спиртом;
4) 3% раствором перекиси водорода.

4. Промывание мочевого пузыря проводят с целью:
1) лечения воспалительных процессов;
2) восстановления функции мочевого пузыря;
3) извлечения остатков мочи;
4) выведения газов.

5. При катетеризации мочевого пузыря медсестра имеет право использовать катетер:
1) любой;
2) мягкий;
3) полужесткий;
4) жесткий.

6. Медицинская сестра использует для катетеризации катетер:
1) пластиковый;
2) резиновый;
3) металлический;
4) одноразовый.

7. При катетеризации мужчин катетер вводит врач на глубину (в см):
1) 20–25;
2) 10–12;
3) 5–6;
4) 1–2.

8. При катетеризации у женщин катетер вводят на глубину (в см):
1) 10–12;
2) 6–8;
3) 3–5;
4) 2–3.

9. Способ дезинфекции катетера:
1) промыть в проточной воде;
2) погрузить в 3% раствор хлорамина на час;
3) положить в 0,02% раствор фурацилина при 37 °С;
4) провести предстерилизационную очистку.

10. Использованные катетеры подвергаются обработке по приказу №
1) 342;
2) 720;
3) 408;
4) 288.

11. Для промывания мочевого пузыря используют раствор фурацилина температуры (в °С):
1) 40–42;
2) 37–38;
3) 25–28;
4) любой.

12. При недержании мочи у женщин в ночные часы желательно использовать:
1) памперсы;
2) резиновое судно;
3) металлическое судно;
4) съемный мочеприемник.

Зондовые манипуляции

Выберите один правильный ответ

1. Беззондовое исследование секреторной функции желудка:
1) ацидотест;
2) глюкотест;
3) рентгенография;
4) лапароскопия.

2. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении:
1) промывание желудка;
2) очистительная клизма;
3) грелка на живот;
4) пузырь со льдом на живот.

3. Информацию о секреторной функции желудка позволяет получить:
1) общий анализ кала;
2) желудочное зондирование;
3) рентгенологическое исследование;
4) эндоскопическое исследование.

4. Подготовка пациента к желудочному зондированию:
1) вечером — легкий ужин, утром — натощак;
2) вечером — очистительная клизма;
3) вечером и утром — очистительная клизма;
4) утром — сифонная клизма.

5. Для стимуляции желудочной секреции медсестра использует:
1) пентагастрин;
2) растительное масло;
3) сульфат бария;
4) сульфат магния.

6. Наиболее эффективный стимулятор желудочной секреции:
1) капустный;
2) мясной;
3) отрубной;
4) пентагастрин.

7. Парентеральный стимулятор желудочной секреции:
1) капустный;
2) отрубной;
3) мясной;
4) пентагастрин.

8. При промывании желудка зонд вводится на длину:
1) 50–70 см;
2) 8–10 см;
3) 20–30 см;
4) 80–100см.

9. Во время промывания желудка одномоментно можно ввести жидкости:
1) до 10 л;
2) до 1 л;
3) до 2 л ;
4) 100 мл.

10. Если при введении зонда пациент начал кашлять, задыхаться, появился цианоз, следует:
1) временно прекратить введение, пациенту предложить передохнуть;
2) начать искусственную вентиляцию легких;
3) вызвать врача;
4) немедленно извлечь зонд.

11. Для стимуляции желудочной секреции при фракционном зондировании Вы примените:
1) таблетки кофеина по методике «Ацидотест»;
2) 33% раствор магния сульфата — 50 мл или 40% раствор глюкозы —50 мл;
3) 0,025% раствор пентагастрина подкожно или «кофеиновый завтрак» — 200 мл энтерально;
4) ацидотест.

12. При дуоденальном зондировании применяют сульфат магния для получения содержимого:
1) желудка;
2) 12-перстной кишки;
3) желчного пузыря;
4) печеночных протоков.

13. Порция С, полученная при дуоденальном зондировании, является содержимым:

1) 12-перстной кишки;
2) желчного пузыря;
3) внутрипеченочных протоков;
4) желудка.

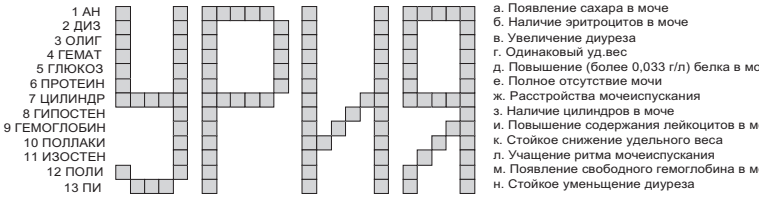
14. Порция А, полученная при дуоденальном зондировании, является содержимым:

1) 12-перстной кишки;
2) желчного пузыря;
3) внутрипеченочных протоков;
4) желудка.

Задание № 2

Выбрать правильное значение перечисленных терминов

ТЕРМИН ЗНАЧЕНИЕ



Участие медсестры в лабораторных методах исследования

Выбрать правильный ответ

1. Проба по Зимницкому назначается с целью исследования:

1) на наличие бактериальной флоры;
2) физических, химических свойств мочи, микроскопии осадка мочи;
3) выделительной и концентрационной способности почек;
4) количества сахара в суточной моче.

2. Бактериологический анализ мочи назначают с целью выяснения:

1) особенностей диуреза;
2) концентрационной функции почек;
3) выделительной функции почек;
4) возбудителя заболеваний мочевыделительной системы, а также эффективно действующего на него антибиотика.

3. Анализ мочи на глюкозурический профиль почек производят:

1) из нескольких порций мочи;
2) из одной порции мочи;
3) из средней порции струи мочи;
4) из суточной мочи.

4. Колебания между максимальной и минимальной относительной плотностью мочи в пробе по Зимницкому в норме в пределах:

1) 1010–1027;
2) 1000–1015;
3) 1007–1012;
4) 1030–1045.

5. Изостенурия — это колебания относительной плотности в пробе по Зимницкому в пределах:

1) 1025–1040;
2) 1000–1020;
3) 1004–1027;
4) 1007–1012.

6. Мокрота — это:

1) патологические выделения слизи из носоглотки;
2) патологическое отделяемое из ротовой полости и глотки;
3) слюна со слизью из ротовой полости;
4) патологическое отделяемое бронхов и дыхательных путей при кашле или отхаркивании.

7. Мазок из зева и носа на бактериологическое исследование производят в:

1) стерильную пробирку, плотно закрывающуюся ватно-марлевым тампоном, соблюдая правила асептики;
2) стерильную пробирку, содержащую питательную среду;

3) чистую пробирку, плотно закрывающуюся ватно-марлевым тампоном;
4) две пробирки, плотно закрывающиеся ватно-марлевыми тампонами.

8. Концентрационную способность почек отражает:
1) относительная плотность мочи (удельный вес);
2) суточный диурез;
3) наличие в моче белка;
4) наличие в моче эритроцитов.

9. Выделительную способность почек отражает:
1) относительная плотность мочи;
2) наличие в моче форменных элементов;
3) суточный диурез;
4) наличие в моче белка.

10. Гиперстенурия — это колебания относительной плотности мочи в пробе по Зимницкому в пределах:
1) 1027–1050;
2) 1001–1020;
3) 1005–1027;
4) 1007–1012.

11. Гипостенурия — это колебания относительной плотности в пробе по Зимницкому в пределах:
1) 1001–1012;
2) 1027–1050;
3) 1010–1027;
4) 1025–1027.

12. Моча на диастазу направляется в лабораторию:
1) в теплом виде;
2) через 1,5–2 ч после выделения;
3) независимо от сроков выделения;
4) из суточного количества.

13. В общем анализе мочи исследуют:
1) число форменных элементов мочи;
2) количество бактерий в 1 мл мочи;
3) свойства мочи, микроскопию осадка мочи;
4) выделительную и концентрационную способность почек.

14. В анализе мочи по Нечипоренко исследуют:
1) число форменных элементов мочи;
2) количество бактерий в 1 мл мочи;
3) свойства мочи, микроскопию осадка мочи;
4) выделительную и концентрационную способность почек.

15. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь следует отменить препараты:
1) железа;
2) магния;
3) калия;
4) кальция.

16. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь этот препарат отменяют за:
1) один день;
2) два дня;
3) три дня;
4) четыре дня.

17. Подготовка пациента к анализу кала на скрытую кровь:
1) накануне исследования —легкий ужин;
2) накануне исследования — легкий ужин, утром — очистительная клизма;
3) в течение трех дней до исследования исключить из пищи железосодержащие продукты, не чистить зубы при кровоточивости десен;
4) не нуждается в специальной подготовке.

18. Реакция Грегерсена основана на определении в кале:
1) алюминия;
2) железа;
3) калия;
4) фосфора.

19. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания следует исключить:
1) манную кашу;
2) молоко;
3) мясо;
4) черный хлеб.

20. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь очистительная клизма:
1) ставится вечером накануне исследования;
2) ставится утром в день исследования;
3) ставится вечером и утром;
4) не ставится.

21. Моча цвета «мясных помоев» обусловлена содержанием большого количества:
1) бактерий;
2) лейкоцитов;
3) цилиндров;
4) эритроцитов.

22. Мочу для общего клинического анализа медсестра должна доставить в лабораторию не позднее:
1) одного часа;
2) трех часов;
3) пяти часов;
4) семи часов.

23. Для сбора мочи на общий анализ медсестра должна обеспечить пациента
1) сухой банкой;
2) сухой пробиркой;
3) стерильной банкой;
4) стерильной пробиркой.

24. Отработанный материал, зараженный ВИЧ-инфекцией, подлежит дезинфекции в растворе:
1) 10% хлорамина;
2) 10% хлорной извести 2 часа;
3) 3% хлорамина 60 мин;
4) 0,2% фурацилина.

25. Количество мокроты для анализа на микобактерии туберкулеза (в мл):
1) 20–30;
2) 10–15;
3) 5–10;
4) 3–5.

26. Собранную мокроту на бактерии Коха следует отнести в лабораторию:
1) биохимическую;
2) цитологическую;
3) клиническую;
4) бактериологическую.

27. Экспозиция при дезинфекции кипячением в дистиллированной воде предметов, с которыми соприкасался больной гепатитом или СПИДом (в мин):
1) 90;
2) 60;
3) 30;
4) 15.

Подготовка к инструментальным методам исследования

Выбрать один правильный ответ

1. Подготовка пациента к рентгенографии органов грудной клетки:
1) поставить очистительную клизму;
2) объяснить сущность исследования;
3) поставить банки;
4) промыть желудок.

2. Рентгенологическое исследование бронхов с применением контрастного вещества:
1) бронхоскопия;
2) томография;
3) флюорография;
4) бронхография.

3. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки:
1) вечером и утром — очистительная клизма;
2) вечером — очистительная клизма;
3) утром — натощак;
4) утром — сифонная клизма.

4. Подготовка пациента к холецистохолангиографии:
1) промывание желудка;
2) сифонная клизма;
3) не проводится;
4) в/в введение рентгенконтрастного вещества.

5. Рентгенологическое контрастное исследование почек и мочевыводящих путей:
1) ирригоскопия;
2) экскреторная урография;
3) хромоцистоскопия;
4) томография.

6. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек:
1) накануне вечером — проба на переносимость препарата;
2) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин до исследования;
3) клизма накануне вечером и утром в день исследования;
4) не проводится.

7. Рентгенологическое исследование толстого кишечника:
1) хромоцистоскопия;
2) томография;
3) ирригоскопия;
4) экскреторная урография.

8. Подготовка к рентгенологическому исследованию толстого кишечника:
1) накануне вечером — проба на переносимость препарата;
2) клизмы накануне вечером и утром в день исследования;
3) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин до исследования;
4) не проводится.

9. За три дня до проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости из рациона питания пациента медсестра посоветует исключить:
1) гречневую кашу, помидоры, гранаты;
2) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб;
3) яйца, белый хлеб, сладости;
4) мясо, рыбу, консервы.

10. Подготовка пациента к фиброгастроскопии:
1) очистительная клизма утром и вечером;
2) применение газоотводной трубки;
3) промывание желудка перед исследованием;
4) исследование натощак.

11. Подготовка пациента к ректороманоскопии:
1) масляная клизма утром;
2) сифонная клизма вечером;
3) сифонная клизма утром;
4) очистительная клизма за полчаса до исследования.

12. Подготовка пациента к колоноскопии:
1) вечером — очистительная клизма;
2) утром — очистительная клизма;
3) вечером и утром дважды очистительная клизма;
4) не проводится.

13. Подготовка пациента к ирригоскопии:
1) вечером — легкий ужин, утром — натощак;
2) утром — очистительная клизма;
3) за 3 дня исключить железосодержащие продукты;
4) не проводится.

14. Ирригоскопия — это рентгенологическое контрастное исследование:
1) пищевода;
2) желудка;
3) тонкого кишечника;
4) толстого кишечника.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Эталоны ответов к разделу I

Задание № 2
1. б; г; з; к; о.
2. в; д; л; п; р.
3. а; ж; и; м; н.

Кроссворд «Теория, философия и деонтология сестринского дела»

1. Независимость. 2. Нравственность. 3. Хоспис. 4. Участие. 5. «Нервный». 6. Пациент. 7. Личность. 8. Милосердие. 9. Поликлиника. 10. Достоинство. 11. Совесть.

Задание № 3.
1.3; 2.3; 3.3; 4.1; 5. 3; 6.1; 7. 3; 8. 1; 9.2; 10.2; 11.2; 12. 3;13.2.

Задание № 4 по теме: «Общение в сестринском деле и сестринская педагогика».
1. В; 2. А; 3. Г; 4. Д; 5. Б.

Задание № 5.
По теме: «Общение в сестринском деле»

1–12 баллов. Вы с трудом вступаете в контакт. Ориентированны на собственные чувства. Сдержанны, застенчивы, общению предпочитаете книгу. Эмоциям не доверяете, любите порядок. Пессимистичны, и поэтому вряд ли из вас получится хороший педагог или организатор. Вы интроверт, по темпераменту обычно флегматик или меланхолик.

13–24 балла. Для вас характерны спокойные, ровные отношения с людьми, ответственность за свои поступки. Именно такие люди умеют общаться с людьми. Амбраверт.

25–36 баллов. Экстраверт. Словоохотливый, общительный оптимист, любит каверзные вопросы, острые шутки. Общение не проблема, и тут Вы прекрасный импровизатор. Все у вас получается легко и непринужденно. Но вы не менее легко относитесь и к своим собственным обязательствам, не всегда сдерживаете свое слово. Не считаете нужным контролировать эмоции и чувства. Вы по темпераменту холерик или сангвиник.

Если Вы выявили черты, препятствующие контакту, не расстраивайтесь. Психологи утверждают, что у 20–50% людей не-

которые черты характера заострены и порой это приводит к конфликтам и нервным срывам.

Такое стояние не болезнь, оно проявляется только в определенных ситуациях, а с годами может ослабевать и сглаживаться.

Задание № 6

«Умеете ли вы себя контролировать»:

Отвечайте «да», если вы согласны с утверждением, или «нет», если не согласны.

Ответы: Начислите себе по 1 баллу за ответ «нет» на 1,5,7-й вопросы, и за ответ «да» на все остальные. Посчитайте сумму баллов. Если Вы отвечали искренне, то о вас, по-видимому, можно сказать следующее:

0–3 балла. У вас низкий коммуникативный контроль. Ваше поведение устойчиво, и Вы не считаете нужным его изменить в зависимости от ситуации. Вы способны к искреннему самораскрытию в диалоге, некоторые считают вас «не очень удобным» в общении из-за прямолинейности.

4–6 баллов. У вас средний коммуникативный контроль. Вы искренни, но сдержанны в своих эмоциоальных проявлениях. Следует больше считаться в поведении с теми, с кем контактируете.

7–10 баллов. У вас высокий коммуникативный контроль. Вы легко входите в любую роль, гибко реагируете на изменение ситуации и даже в состоянии предвидеть впечатление, которое произведете на окружающих вас людей.

Задание № 7

«Ваше умение слушать»

Чем больше баллов, тем больше развито умение слушать. Если Вы набрали более 62 баллов, то Вы слушаете выше среднего уровня.

Задание № 8

Проблемная ситуация

1. Учитывая возраст пациента и снижение слуха у него, медсестре необходимо определить разговорную дистанцию, уровень общения. Свою речь сопровождать жестами, мимикой, использовать прикосновения (успокаивающее поглаживание, одобрительное похлопывание).

2. Обратиться к пациенту по имени, отчеству, укрепить его чувство достоинства, самоуважения. В доброжелательной форме ответить на все вопросы пациента.

Задание № 9
Тема: «Сестринская педагогика».
1) 1; 2) 2; 3) 2; 4) 4; 5) 1; 6) 1; 7) 3; 8) 1.

Задание №10
Тема: «Сестринская педагогика».
1) 3; 2) 1, 4; 3) 1, 2, 4; 4) 1, 2; 5) 4; 6) 1, 3; 7) 1, 4; 8) 3; 9) 4.

Задания для самоподготовки к разделу II

Задание № 1
1) а; 2) б; 3) в.

Задание № 2
1) 1; 2) 3; 3) 3; 4) 2; 5) 2; 6) 3; 7) 3; 8) 1; 9) 2; 10) 3; 11) 1; 12) 2; 13) 2; 14) 1; 15) 2; 16) 2; 17) 2; 18) 1; 19) 4.

Задание № 3
1) 1; 2) 3; 3) 2; 4) 2; 5) 3; 6) 1; 7) 2; 8) 3; 9) 2; 10) 1; 11) 2; 12) 2; 13) 4; 14) 4; 15) 1; 16) 1; 17) 1; 18) 3; 19) 2; 20) 4; 21) 1; 22) 1; 23) 2; 24) 3.

Задания в тестовой форме № 4
По теме « Основные потребности человека»
1. Потребность. 2. Третья ступень. 3. Вторая ступень. 4. Выживания. 5. Выживания.

Задания в тестовой форме № 5
По теме: «Основные потребности человека»
1) 2, 3; 2) 3; 3) 3, 4; 4) 1; 5) 4.

Задача № 1
1. У пациента неудовлетворены потребности в уходе II–V уровней потребностей.
2. Общаться.
3. Курение, злоупотребление алкоголем, плохие материально-бытовые условия, вредные условия труда.

Задача № 2

1. Потребности безопасности.

2. Спать, отдыхать.

3. Плохие социально-бытовые условия, вредные условия труда, несвоевременность медицинской помощи.

Задача № 3

1. Потребности безопасности.

2. Избегать опасности.

3. Стрессовые ситуации, гиподинамия, плохие материальные условия, злоупотребление лекарствами.

Задача № 4

1. Пить, выделять, быть здоровой, иметь жизненные ценности, работать.

2. Избегать опасности.

3. Предрасположенность к наследственным болезням. Плохие материальные условия, неэффективность профилактических мероприятий.

Задача № 5

1. Потребности выживания, безопасности, общения.

2. Выделять.

3. Одиночество, курение, несбалансированное, нерегулярное питание.

Задача № 6

Эталон ответа к заданию № 1

1. *Оценивая состояние пациента, определяем неудовлетворенные потребности пациента:* дышать, пить и есть, двигаться, выделять.

Отмечаем комплекс проблем (сестринских диагнозов):

1) ограничение двигательной активности из-за одышки и отеков;
2) риск развития пролежней, вследствие ограничения двигательной активности;
3) нарушение аппетита из-за ограничения двигательной активности и неправильного питания;
4) запоры вследствие ограничения двигательной активности;
5) задержка жидкости вследствие нарушения питьевого режима и плохого аппетита.

Приоритетными являются следующие проблемы (сестринские диагнозы):

2) риск развития пролежней, вследствие ограничения двигательной активности;

4) запоры вследствие ограничения двигательной активности.

Эталон ответа к заданию № 2

Рассчитываем по шкале Ватерлоо риск развития пролежней (в баллах):

(На основании Приложения №1 к приказу МЗ РФ № 123 от 17. 04.2002 Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни»).

Отечная кожа — 1
Изменение цвета кожи (цианоз) — 2
Пол мужской — 1
Возраст — 2
Сердечная недостаточность — 5
Подвижность ограниченная — 3
Плохой аппетит — 1

ОБЩЕЕ КОЛЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ — 15, что соответствует высокой степени риска и определяет первоочередность проблемы риска развития пролежней (несмотря на то, что проблема является потенциальной по определению).

Эталон ответа к заданию № 3

План сестринских вмешательств

1. Обеспечить пациенту положение в постели, не усиливающее одышку, но обеспечивающее расширение по возможности двигательной активности.
2. Укладывать пациента в высокое положение Фаулера (при сползании).
3. Менять положение пациента на боку каждые 30 мин, контролировать симптомы боли в области сердца и правом подреберье.
4. Ознакомить пациента и его родственников с памятками по профилактике пролежней и получить у них согласие на осуществление ухода.
5. Обучить пациента и родственников изменению положения тела в постели.
6. Обучить родственников уходу за кожей.
7. Решить вопрос о питании пациента для стимуляции кишечника и сделать расчет дневного рациона совместно с диетсестрой.
8. Решить вопрос о питьевом режиме.

Выполнение плана

1. Уложить пациента в положение Фаулера (см. алгоритм на стр. 218), так как у пациента одышка и асцит, необходимо создать

возвышенное положение грудного конца туловища. Положения на правом и левом боку при возвышенном положении требуют ограничения во времени (по 30 мин) и контроля симптомов боли в области сердца (возможны приступы стенокардии), а также увеличение симптома боли в правом подреберье (в области печени). Составить памятку.

2. Применить противопролежневый матрац или подложить подушки или поролоновые валики в наволочке по алгоритму «Размещение пациента в положении Фаулера».

3. Обучить пациента и родственников изменению положения тела в постели, методом «поднятие плечом» (см. алгоритм на стр. 214), обратив внимание на перенос таза пациента без трения о постель, то есть подставляя свое плечо в подмышечные области пациента и приподнимая его над кроватью.

4. Проводить влажное обтирание кожи пациента (см. алгоритм на стр. 233) и обрабатывать ее в местах сдавливания над костными выступами промокательными движениями, а на расстоянии 5 см — спиралевидными, чтобы улучшить отток венозной крови и приток артериальной к проблемным местам возможного образования пролежней. Следить за цветом кожи. Она должна быть розовой, а не синюшной, эластичной. Шелушение недопустимо.

5. Обсудить с пациентом и его родственниками выбор средств гигиены: выбираем бактерицидное мыло и 10% камфорный спирт.

6. Обучить пациента и родственников уходу за кожей (составить памятки).

7. Сделать расчет дневного рациона, подобрать продукты так, чтобы рацион включал около 120 г белка, а также способствовал стимуляции работы кишечника, так как у пациента запор.

8. Решить вопрос о питьевом режиме, сопоставляя должный объем по стандарту (2000–1500 мл) и невозможность употребления такого количества жидкости (отеки, асцит).

9. Ограничить жидкость и обеспечить достаточное количество белка в рационе.

Эталоны ответов к разделу III

Инфекционная безопасность

Задача № 1

1.1. В вопросах профилактики ВБИ в ЛПУ должны выполняться три важнейших требования:

– сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
– исключение внутрибольничной инфекции;
– исключение выноса инфекции за пределы ЛПУ.

2. Организация профилактики ВБИ включает в себя обширный комплекс мероприятий (санитарно-гигиенических и противоэпидемических):

К ним относятся следующие мероприятия:

1) правильная организация приема и санитарной обработки пациентов при поступлении в больницу (сортировка, работа фильтра, тщательный сбор анамнеза, измерение температуры, осмотр на педикулез, осмотр на чесотку и т. п.);

2) правильно организованная система ухода за пациентами, исключающая возможность как переноса инфекции обслуживающим персоналом, так и заноса ее извне;

3) повышение квалификации медперсонала (знание персоналом клинической картины инфекционных болезней, источников, путей их распространения);

4) своевременная изоляция больных с подозрением на инфекционное заболевание;

5) контроль за состоянием здоровья медперсонала (обследования бактерио- и вирусоносителей, соблюдение Приказа МЗ РФ № 280/88 «О предварительных и периодических медицинских осмотрах работников»);

6) строгое соблюдение требований действующих директивных документов по профилактике ВБИ и соблюдение санэпидрежима;

7) организация ЦСО в больнице;

8) своевременное качественное проведение дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации;

9) обеспеченность ЛПУ необходимым оснащением и инструментарием, в том числе одноразовым;

10) повышение санитарной культуры медицинского персонала.

Задача № 2

2.1. Допущены нарушения при подготовке к стерилизации и (или) процесса стерилизации.

Этими нарушениями могут быть: неправильная установка параметров стерилизации; сбой в работе стерилизатора: автоклава; грубое нарушение норм загрузки бикса или правил размещения их в камере автоклава.

2.2. Контроль стерилизации осуществляется с индикаторами стерильности научно-производственной фирмы «Винар».

Индикаторы позволяют одновременно проводить контроль в паровых стерилизаторах по ГОСТу 195-69-80 t, времени стерилизации, а также наличие пара при стерилизации. Индикатор ИС-132 (t-132+2) Д 0,2 МПа, время 20 мин). Количество полосок индикатора, которые закладываются для контроля одного цикла стерилизации, зависят от размеров камеры стерилизатора (от 5 и 7). В бикс (стерилизационную коробку закладывают 3 полоски индикатора: под крышку, на дно и в центр коробки). За зонами контроля закрепляются номера 1, 2, 3. Более удобны индикаторы с адгезионным слоем, которые наклеиваются на поверхность упаковки в биксе. Индикаторы «Стеритест» применяются для контроля всех критических параметров паровой стерилизации внутри стерилизационных упаковок.

2.3. В связи с этим нарушением необходимо проверить:

– срок годности индикатора;

– плотность укладки бикса. Если индикатор ИС-132 «Стеритест» не изменил свой цвет внутри бикса (2) — значит, медсестра неправильно произвела укладку, т. е. не вертикально, не рыхло;

– работу автоклава. Если сроки годности индикатора не нарушены, необходимо вызвать инженера «Медтехники» для ремонта автоклава или правильной установки параметров стерилизации или отправить манометры для проверки.

При повторных нарушениях — доложить главному врачу о недобросовестном отношении к работе отдельных работников.

Задача № 3

2.1. Рабочий раствор азапирама непригоден для работы.

2.2. Для определения пригодности рабочего раствора азапирама, который является тестом на наличие крови на инструментах и др. предметах, необходимо выяснить ряд вопросов:

1. Срок годности рабочего раствора.
2. Правильность его хранения.
3. Правильность приготовления рабочего раствора азопирама.
4. Выяснить у старшей медсестры дату получения основного раствора из аптеки и его годность.
5. Отдать в лабораторию для определения концентрации рабочего раствора азопирама.
6. Проверить журнал постановки проб.
7. Проверить партию раствора азопирама с этим номером в других отделениях.
8. Изъять непригодный раствор, заменив годным.
9. Провести анализ ошибок, выявить нарушения, провести занятия, беседы с медицинскими сестрами отделений.

Задача № 4

4.1. В аварийной ситуации вторая медсестра обеспечивает снятие перчаток пострадавшей медицинской сестре и пользование аварийной аптечкой, а также обрабатывает ей:

– глаза — 0,00005% раствором калия перманганата (слаборозового цвета);

– нос — 0,0001% раствором калия перманганата;

– рот и горло — полосканием 70% раствором этилового спирта;

– руки – 70% этиловым спиртом, моет под проточной водой с мылом, вытирает насухо индивидуальным полотенцем.

а) коллега пострадавшей завершает перевязку пациенту;

б) составляется акт о несчастном случае на производстве и сообщается в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

4.2. Профилактика парентеральных гепатитов у медицинских работников заключается, в первую очередь, в снижении степени риска передачи парентеральных гепатитов, которое основано на тщательно продуманной системе профилактических мероприятий, в число которых (по рекомендации Комитета по профилактике вирусных гепатитов) входят следующие:

– применение форм и методов работы, отвечающих правилам техники безопасности и самым высоким современным стандартам;

– строгое соблюдение универсальных мер предосторожности, использование соответствующих индивидуальных барьерных средств защиты;

– активная вакцинация против гепатита В медработников, особенно относящихся к группам повышенного риска;

– эпидемиологический анализ случаев профессионального заражения парентеральными гепатитами и проведение необходимых противоэпидемических мероприятий в каждом конкретном случае;

– документальная регистрация случаев заражения.

Задача № 5

5.1. Основными видами и методами контроля, обеспечивающими высокое качество дезинфекции, являются:

1. Контроль качества дезинфектанта. Метод экспресс-контроля дезинфектантов позволяет в течение нескольких секунд определять концентрацию растворов с помощью индикаторных бумаг.

2. Определение концентрации рабочих растворов дезинфицирующих и стерилизующих средств индикаторами серии «Дезиконт».

Индикаторные полоски «Дезиконт» применяют при каждом приготовлении и перед каждым использованием дезсредств.

Дезиконт-Х (хлорамин), Дезиконт-ГК (гипохлорид кальция), Дезиконт-ГН (гипохлорид натрия) и др.

3. Контроль качества дезинфекции.

Контроль качества дезинфекции осуществляют методом смывов.

О качестве дезинфекции судят по отсутствию на изделиях медицинского назначения после ее проведения золотистого стафилококка, синегнойной палочки и бактерий группы кишечной палочки. Контролю подлежит 1% от одновременно обработанных изделий одного наименования (но не менее 3 единиц).

5.2. Основные приказы по санитарно-противоэпидемическому режиму ЛПУ.

В настоящее время для выполнения санитарно-противоэпидемического режима ЛПУ действуют следующие документы.

1. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, роддомов, др. лечебных стационаров (СанПиН 5 179-90 г., МЗ, М.,1990 г.), определяющие санитарное содержание различных помещений стационара, оборудования, инвентаря, личную гигиену пациентов и обслуживающего персонала.

2. Отраслевой стандарт 42-21-2-85, определяющий методы, средства и режим дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения (шприцев, игл, инструментария).

3. Приказ от 12.07.89 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране», где четко указаны меры по профилактике профессионального заражения в процедурном кабинете.

4. Приказ от 31.07.79 г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией.

5. Методические рекомендации по повышению надежности стерилизационных мероприятий в ЛПУ по системе «Чистый инструмент» (1994 г.) и некоторые другие инструкции и рекомендации.

6. Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения, утвержденные МЗ России 30 декабря 1998 г., № МУ–287-113.

7. Инструкция № 154.021.98 ИП по применению «Индикаторов стерильности одноразового применения ИС-120, ИС-132, ИС-160, ИС-180» для контроля параметров режимов работы паровых и воздушных стерилизаторов.

8. Руководство Р 3.1.683-98 по «Использованию ультрафиолетового бактерицидного излучения для обезображивания воздуха и поверхностей в помещениях». МЗ России, М., 1998 г. и др.

Личная гигиена

1 — 2; 2 — 3; 3 — 3; 4 — 4; 5 — 2, 3; 6 — 4; 7 — 2, 3, 4; 8 — 1; 9 — 2; 10 — 1, 3; 11 — 2, 3, 4; 12 — 1, 2, 4; 13 — 3; 14 — 2; 15 — 1, 2, 4; 16 — 1,4; 17 — 3; 18 — 4; 19 — 4.

Оценка функционального состояния пациента

1 — 1; 2 — 2; 3 — 3; 4 — 3; 5 — 1; 6 — 2; 7 — 3; 8 — 1; 9 — 3; 10 — 3; 11 — 1.

Питание пациентов

1 — 3; 2 — 1; 3 — 2; 4 — 3; 5 — 2; 6 — 3; 7 — 4; 8 — 2; 9 — 1; 10 — 3; 11 — 1; 12 — 2; 13 — 2; 14 — 4; 15 — 1.

Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия. Оксигенотерапия.

Задание 1

1 — в; 2 — г; 3 — а; 4 — б.

Задание 2

1 — 2, 3; 2 — 1, 4; 3 — 1, 2, 3; 4 — 1, 4; 5 — 1; 6 — 2; 7 — 1, 2; 8 — 3, 4; 9 — 1, 4; 10 — 1; 11 — 3, 4; 12 — 1, 3; 13 — 2, 3, 4; 14 — 3, 4; 15 — 1, 3; 16 — 1, 3, 4; 17 — 1, 2, 4; 18 — 1, 4; 19 — 3; 20 — 3; 21 — 2; 22 — 2; 23 — 1; 24 — 2; 25 — 3; 26 — 1; 27 — 1; 28 — 1; 29 — 4; 30 — 1; 31 — 2.

Термометрия

1 — 2; 2 — 2; 3 — 1; 4 — 2; 5 — 1; 6 — 1; 7 — 2; 8 — 3; 9 — 2; 10 — 1; 11 — 4; 12 — 4; 13 — 3; 14 — 3; 15 — 2; 16 — 2; 17 — 3; 18 — 4; 19 — 2; 20 — 1; 21 — 2; 22 — 2; 23 — 1; 24 — 2; 25 — 4

Применение лекарственных средств

1 — 1; 2 — 3; 3 — 2; 4 — 2, 3, 4; 5 — 3; 6 — 4; 7 — 1; 8 — 3; 9 — 3; 10 — 1,4; 11 — 2; 12 — 4; 13 — 1, 2; 14 — 4; 15 — 2; 16 — 4; 17 — 4; 18 — 2; 19 — 4; 20 — 1; 21 — 3; 22 — 2; 23 — 2; 24 — 2; 25 — 2; 26 — 3; 27 — 4; 28 — 3; 29 — 1; 30 — 1.

Постинъекционные осложнения

По горизонтали: 1. Абсцесс. 2. Масляная эмболия. 3. Инфильтрат. 4. Поломка иглы. 5. Гематома. 6. Антибиотик. 7. Флебит. 8. Осложнения. 9. Воздушная эмболия. 10. Тромбофлебит. 11. Некроз. **По вертикали:** 1. Анафилактический шок.

Литература

Брико Н.И. Особенности эпидемиологии внутрибольничных инфекций на современном этапе // Медицинская сестра. 2000. № 2

Гагунова Е.Я. Общий уход за больными. — М., 1962.

Грицюк А.И., Мерзон А.К. и др. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней / Под ред. А.И. Грицюка. — К.: Здоровье, 1985.

Еренков В.А. Клиническое исследование ребенка. — К.: Здоровье, 1984.

Зимняя И.А. Педагогическая психология. Ростов н/Д: Феникс, 1997.

Концептуальные и прикладные основы социальной психологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д: РГПИ, 1993.

Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993.

Магазанис Н.А. Искусство общения с больными. — М.: Медицина, 1991.

Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. — М., 1989.

Медицинская помощь. — М., 1996. № 3.

Медицинский научно-практический семинар по проблеме «Новое видение сестринского дела». — М., 1995.

Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода. — М.: АНМИ, 1995.

Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие. 2 ч. — М., 1998.

Неотложная медицина / Под ред. К. Кениг. — СПб., 1997.

Новые стандарты сестринской практики / Из опыта работы хосписа Святой Равноапостольской Великой княгини Ольги. — СПб., 1996.

Перфильева Г.М. Сестринский диагноз // Медицинская газета. 1994. № 85.

Рожнов В.Е. Медицинская деонтология, психология и психотерапия. — М., 1975.

Сестринский процесс и документация // LEMON. — М., 1996. Гл. 1–13.

Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни // LEMON. Медицинская помощь. 1997. № 3.

Сестринское дело. — М., 1997. № 1.

Симакова А. Л. Методические подходы к постановке сестринских диагнозов //Медицинская помощь. 1997. № 3.

Социальная психология /Под ред. А.В. Петровского. — М.: Просвещение, 1987.

Стандарты клинической сестринской практики // Американская ассоциация медсестер. — М., 1991.

Стандарты сестринской практики // Американская ассоциация медсестер. — М., 1973.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

Раздел I. ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ «ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» 5

Понятие о системе здравоохранения в России. Руководство и управление сестринским делом 5
Контрольные вопросы для самоподготовки 5
Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела 6
Основные приоритетные направления социальной политики в области здравоохранения 6
Основные типы лечебно-профилактических учреждений 7
Устройство и основные функции больниц 9
Примерный внутренний распорядок терапевтического отделения 11
Содержание деятельности среднего медицинского работника 12

История сестринского дела 14
Контрольные вопросы для самоподготовки 15

Философия и теория сестринского дела 21
Контрольные вопросы для самоподготовки 21
Сестринская деонтология 24
Сестринское дело, его цели и задачи 27

Общение в сестринском деле 28
Уровни общения 30
Средства общения 31
Мастерство общения медсестры 33
Десять «да» терапевтического общения 35
Примеры проблем пациента, связанные с нарушением удовлетворения потребности общаться 36
Общие принципы умения эффективно слушать 39

Факторы, способствующие общению 40
Факторы, препятствующие общению 42

Сестринская педагогика 45
Контрольные вопросы для самоподготовки 45
Сферы обучения пациента 47
Сестринская педагогика как основа обучения пациента 52
Оценка потребностей пациента и (или) его семьи в обучении 54
Оценка исходного уровня знаний и умений обучаемых (в том числе и пациента) 55
Мотивация — первый компонент процесса обучения 56
Оценка способностей пациента и (или) членов его семьи к обучению 56
Определение содержания обучения 57
Планирование обучения, оценка его качества и эффективность обучения 58

Раздел II. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС 59

Сестринский процесс. Понятие о стандартах сестринского ухода 61
Стандарты сестринской практики 61
Содержание моделей сестринского дела 64
Модели сестринской практики, их структура 64
Понятие о сестринском процессе, его цель и пути достижения цели 66
Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа 67
Рекомендации по ведению документации 68
Примерный банк проблем пациента 70
Методы сестринских вмешательств 73
Примеры планирования сестринских действий 74
Рекомендации медицинской сестре по ведению сестринского процесса 75

Основные потребности человека 76
Основные потребности человека по А. Маслоу 77
Сестринская теория потребностей человека 78
Потребностно-информационная теория 79

Примеры проблем пациента, связанные с нарушением удовлетворения потребности 80

Раздел III. МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА 83

Инфекционная безопасность 83
Возбудители ВБИ 85
Типичные места обитания ВБИ 86
Заболевания, относящиеся к ВБИ 86
Механизмы передачи ВБИ 87
Меры контроля и безопасности в профилактике ВБИ 87
Правила пользования защитной одеждой 88
Уровни обработки рук медицинского работника 89
Социальный уровень обработки рук 89
Гигиенический уровень обработки рук 91
Обработка рук на хирургическом уровне 92
Правила надевания стерильных перчаток 94
правила снятия стерильных перчаток 95
Профилактика внутрибольничных инфекций 95
Общие меры безопасности медицинской сестры на рабочем месте 96
Схема проведения дезинфекции при внутрибольничных инфекциях 97
Санитарная обработка пациента при педикулезе 98
Организация противопедикулезных мероприятий в стационаре 98

Дезинфекция и стерилизация 99
Виды дезинфекции 100
Методы дезинфекции 101
Химические методы дезинфекции 102
Комбинированные методы дезинфекции 103
Дезинфицирующие средства 103
Основные приказы по санитарно-противоэпидемическому режиму ЛПУ, рекомендации 104
Характеристика основных средств дезинфекции 106
Виды контроля пригодности дезинфицирующих средств 109
Средства проведения дезинфекционных мероприятий 110

Требования к оборудованию для дезинфекции 110
Правила охраны труда при работе
с дезинфицирующими средствами 111
Хранение и приготовление
хлорсодержащих препаратов 112
Техника приготовления
дезинфицирующих растворов 113
Приготовление 10% основного осветленного
раствора хлорной извести (10 л) 113
Приготовление 1% рабочего раствора
хлорной извести (10 л) 115
Приготовление 1% раствора хлорамина (1 л) 117

**Особенности гигиенической уборки
помещений стационара** 118
Общие требования 118
Санитарно-гигиеническая уборка пищеблока
и буфетных в отделениях стационара 119
Бельевой режим стационара 120
Личная гигиена пациентов 121
Контроль качества текущей и заключительной
дезинфекции 122
Профилактическая (текущая) дезинфекция 123
Профилактическая дезинфекция и стерилизация
различных объектов терапевтического отделения 123
Дезинфекция предметов ухода за пациентом
(клеенка, пузырь для льда, грелка, судно,
мочеприемник и др.) 127
Профилактика профессионального
заражения в процедурном кабинете 128
Попадание крови или других биологических
жидкостей пациента на одежду
и кожу медицинской сестры 132
Попадание биологических субстратов пациента
на слизистую глаза 133
Использование антисептических средств
в навесках для обработки глаз 134
Попадание биологических субстратов пациента
на слизистую глаза 134
Попадание биологических субстратов пациента
на кожу лица и губы 134

Попадание биологических субстратов
на слизистую носа 135
Использование антисептических средств в навесках
для обработки полости носа 136
Ранение пальцев кисти потенциально
инфицированным инструментом 136
Инфекционная безопасность после
оказания помощи ВИЧ-инфицированному
или больному СПИДом пациенту 138
Дезинфекция химическим методом
при туберкулезе 139
Схема этапов обработки изделий
медицинского назначения 140

**Понятие о стерилизации, методы
и способы стерилизации 152**
Методы стерилизации 152
Понятие об автоклавировании 153
Стерилизация горячим воздухом в сухожаровом
шкафу. Воздушный метод стерилизации 155
Порядок работы на воздушных
стерилизаторах (сухожаровые шкафы) 155
Стерилизация растворами химических веществ 156
Стерилизация газами 157
Контроль стерильности 157
Подготовка перевязочного материала
для стерилизации 158
Укладка в стерилизационные коробки
перевязочного материала 159
Целевая укладка для накрытия стерильного стола ... 163
Надевание стерильного халата 167
Накрытие стерильного стола 168
Подготовка к работе стерильного лотка
для выполнения манипуляций со стерильными
предметами медицинского назначения 169

Оценка функционального состояния пациента 171
Пульс и его характеристика 171
Подсчет артериального пульса на лучевой
артерии и определение его свойств 174

Измерение артериального давления 176
Наблюдение за дыханием 180
Возможные изменения характера дыхания 181
Патологические типы дыхания 181
Подсчет частоты дыхательных движений (ЧДД) 182
Измерение суточного диуреза
и определение водного баланса 183
Учет и определение водного баланса 184

Прием пациента в стационар 187
Антропометрия 191
Определение массы тела пациента 192
Измерение роста пациента 193
Измерение окружности грудной клетки 195
Полная санитарная обработка пациента 196
Санитарная обработка пациента
при выявлении педикулеза 196
Обработка волосистой части головы
при педикулезе механическим способом 200
Гигиеническая ванна 202
Гигиенический душ 203

Безопасная больничная среда 206
Удерживание пациента
методом «захват через руку» 208
Поддерживание пациента при ходьбе 210
Перемещение пациента из положения
«лежа на боку» в положение
«сидя с опущенными ногами» 211
Перемещение пациента из положения
«сидя на стуле» в положение «лежа на кровати» 212
Перемещение пациента с кровати на стул
методом «поднятие плечом» 213
Удерживание пациента методом
«захват при поднятом локте» 216
Удерживание пациента методом
«подмышечный захват» 217
Размещение пациента в положении Фаулера 219
Размещение пациента в положении Симса 220

Личная гигиена пациента 222
Положение пациента в постели 223
Режим активности (двигательный режим) 224
Пользование функциональной кроватью 224
Смена постельного и нательного белья 225
Смена постельного белья продольным способом (выполняется одной медицинской сестрой) 225
Смена постельного белья поперечным способом (выполняется двумя медицинскими сестрами) 228
Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (выполняется двумя медсестрами или одной медсестрой) 231
Подача судна 233
Уход за кожей и влажное обтирание пациента 234
Подмывание тяжелобольного пациента 236
Подмывание женщины 236
Подмывание мужчины 238
Профилактика пролежней 238
Уход и профилактика пролежней 241
Уход за полостью рта 243
Уход за полостью рта пациента, находящегося в бессознательном состоянии 245
Уход за вставными зубными протезами 246
Уход за глазами 248
Уход за носом 250
Уход за ушами 251
Уход за волосами 253
Мытье ног в постели тяжелобольному 254

Питание и кормление пациента 256
Режим питания 256
Организация питания 257
Искусственное питание 257
Кормление пациента через назогастральный зонд 258
Составление порционного требования на пищеблок 261
Составление порционного требования на раздаточную 262
Раздача пищи 263

Контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников, сроком хранения пищевых продуктов 264
Планирование необходимой помощи пациенту при возникновении проблем, связанных с кормлением 264
Помощь во время приема пищи 265
Кормление тяжелобольных 265
Кормление пациента через гастростому 267
Стандартный план ухода при неудовлетворении потребности в адекватном питании 268

Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия. Оксигенотерапия 270
Простейшие физиотерапевтические процедуры 270
Постановка банок 271
Постановка согревающего компресса 274
Применение грелки 277
Подача пузыря со льдом 278
Постановка горчичников 281
Горчичные ножные ванны 284
Оксигенотерапия. Подача увлажненного кислорода через носовой катетер 285
Оксигенотерапия (подача увлажненного кислорода из кислородной подушки) 285
Подача увлажненного кислорода через носовой катетер 287
Сбор мокроты на микобактерии туберкулеза 290
Гирудотерапия 291
Постановка пиявок 292
Термометрия 295
Измерение температуры тела в подмышечной области 295
Регистрация данных термометрии 297
Измерение температуры тела в прямой кишке 300
Демеркуризация 301
Помощь при гипертермии (лихорадке) 303

Применение лекарственных средств 305
Выписка, получение, хранение и учет лекарственных средств 306

Пути введения лекарственных средств в организм 308
Парентеральный путь введения лекарственных средств 310
Осложнения при парентеральном применении лекарственных средств 311
Правила раздачи лекарственныъ средств 313
Наружный путь введения лекарственных средств 314
Правила пользования карманным ингалятором 314
Помощь при анафилактическом шоке 315
Введение лекарственных средств в глаза, нос, уши 317
Туалет полости носа взрослого пациента с помощью масляных растворов 317
Закапывание капель в глаза, нос, уши 318
Закапывание капель в глаза 318
Закапывание капель в нос 319
Закапывание капель в ухо 320
Промывание наружного слухового прохода 321
Введение мази в нос 322
Введение порошка в полость носа 323
Закладывание глазной мази в конъюнктивальный мешок 324
Смазывание слизистой глотки 325
Проведение орошения глотки 327
Парентеральный путь введения лекарственных средств .. 328
Внутрикожная инъекция 329
Подкожная инъекция 330
Применение инсулина 333
Расчет и введение инсулина подкожно 333
Расчет и введение гепарина 336
Внутримышечная инъекция 338
Расчет, разведение и введение антибиотиков внутримышечно 341
Введение масляных растворов внутримышечно 345
Внутривенная инъекция 348
Внутривенное капельное введение жидкостей 350
Взятие крови из вены на биохимическое исследование 353
Взятие крови из вены на гемокультуру (стерильность) и чувствительность к антибиотикам .. 355

Клизмы. Газоотводная трубка 357
Очистительная клизма 358
Постановка лекарственной клизмы 361
Гипертоническая клизма 362
Применение газоотводной трубки 364
Масляная клизма 366
Применение сифонной клизмы 369
Применение капельной клизмы 371

Катетеризация мочевого пузыря. Уход за катетером 374
Катетеризация мочевого пузыря женщине 375
Катетеризация мочевого пузыря мужчине 377
Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером 379

Манипуляции, связанные с уходом за стомами 381
Обучение пациента уходу за стомой (колостомой) ... 381

Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования 385
Исследования крови 386
Забор крови на общий анализ 387
Взятие крови из вены на ИФА 388
Взятие крови из вены на гемокультуру (стерильность) и чувствительность к антибиотикам 389
Исследование мокроты 390
Собирание мокроты 391
Общий клинический анализ мокроты 391
Бактериологическое исследование мокроты 392
Исследование мокроты на БК методом флотации 393
Исследование мокроты на АК — атипичные клетки 395
Дезинфекция мокроты и карманных плевательниц в домашних условиях 395
Забор материала из зева и носа для бактериологического исследования 396
Забор материала из зева 396
Забор материала из носа 399

Забор материала на менингококк
из носоглотки 401
Исследования мочи 402
Сбор мочи для общего клинического анализа 403
Сбор мочи на сахар из суточного количества 404
Сбор мочи для исследования
по методу Нечипоренко 405
Сбор мочи для исследования
по методу Зимницкого 407
Обучение пациента (пациентки) сбору мочи
для бактериологического исследования 408
Исследование мочи на диастазу 410
Исследование мочи на глюкозурический профиль .. 410
Исследование желчных пигментов в моче
экспресс-методом (проба Розина) 412
Исследования кала 413
Исследование кала на копрограмму 413
Исследование кала на простейшие
и яйца глистов 415
Исследование кала на скрытую кровь 415
Забор кала для бактериологического
исследования 416
Соскоб на энтеробиоз 418

Инструментальные методы исследования 421
Рентгенологическое исследование желудка
и двенадцатиперстной кишки 422
Рентгенологические методы исследования 422
Пероральная холецистография (рентгенологическое
исследование желчного пузыря и желчевыводящих
путей) 423
Холеграфия (рентгенологическое исследование
желчного пузыря и желчевыводящих путей) 424
Ирригоскопия (рентгенологическое исследование
толстой кишки) 425
Внутривенная (экскреторная) пиелография
(рентгенологическое исследование почек
и мочевыводящих путей) 426
Эндоскопические исследования 427
Бронхоскопия 428

Фиброгастродуоденоскопия 430
Ректороманоскопия 431
Колоноскопия 432
Эндоскопические исследования в урологии 434
Цистоскопия 434
УЗИ-эхография 435
Положения пациента при УЗИ 435
УЗИ органов брюшной полости (ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки) и почек 436
УЗИ с определением сократительной способности желчного пузыря 437
УЗИ органов малого таза (мочевого пузыря, матки, яичников, предстательной железы) 437
УЗИ почек, сердца и сосудов 437

Зондовые манипуляции 438
Промывание желудка 438
Дуоденальное зондирование 441
Ацидометрия 442
Уход при рвоте 444

Сердечно-легочная реанимация вне лечебного учреждения 445
Признаки клинической смерти 445
Восстановление проходимости дыхательных путей 446
Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) 448
Искусственная вентилляция легких (ИВЛ) методом «изо рта в рот» 450
Непрямой массаж сердца у взрослых и пожилых 452

Приложения 456
Приложение 1. Сходства и различия в толковании понятий моделей В. Хендерсон, Д. Орем, М. Аллен 456
Приложение 2. Обработка различных поверхностей современными дезинфицирующими средствами 460
Приложение 3. Перечень средств, входящих в аптечку 462
Приложение 4. Дезинфекция изделий медицинского назначения (ИМН) из металлов, стекла, резины 465

Приложение 5. Понятие о предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских инструментов в установке УЗО-МЕДЭЛ и многоцелевого озонового стерилизатора 466
Приложение 6. Потребности в основных пищевых продуктах здорового человека 469
Приложение 7. Банк проблем пациента и сестринских вмешательств 507

Задания для самоподготовки к разделу I 520
Задания для самоподготовки к разделу II 530
Задания для самоподготовки к разделу III 542
Эталоны ответов на задания в тестовой форме для самоконтроля 578

Литература 589

Учебное издание

ЕАС

Тамара Павловна Обуховец

ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ПРАКТИКУМ

Ответственный за выпуск *Волкова Д.*
Технический редактор *Логвинова Г.*
Верстка: *Патулова А.*

Подписано в печать 08.08.2015.
Формат 84x108 $^{1}/_{32}$. Бумага офсетная.
Тираж 2 500. Заказ №

ООО «Феникс»
344011, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 150
Тел./факс: (863) 261-89-50, 261-89-59
Сайт издательства: www.phoenixrostov.ru
Интернет-магазин: www.phoenixbooks.ru