БИБЛИОТЕКА ГЛАВНОЙ (СТАРШЕЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

ГРАНТЪ

Раздел 1. Палатная медицинская сестра в учреждении здравоохранения

1. Общие сведения о специалисте по сестринскому делу

Палатная (постовая) медицинская сестра — это наименование должности среднего медицинского работника. На эту должность, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 19.08.97 № 249 может назначаться специалист, имеющий специальность: «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии».

Ниже приводится Положение о специалисте по сестринскому делу и специалисте по сестринскому делу в педиатрии. Перечисленные в нем знания, умения и манипуляции составляют программу подготовки специалиста по этой специальности, а также его сертификации (экзамена на право работать самостоятельно) и аттестации (проверки для присвоения квалификационной категории). Положение о специалисте по сестринскому делу можно рассматривать как основу для составления должностной инструкции палатной медицинской сестры.

Требования к специальности «Сестринское дело»

1. Общие положения

1.1. К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области сестринского дела допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование, диплом по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», сертификат по специальности «Сестринское дело».

1.2. Специалист по сестринскому делу непосредственно подчиняется врачу, с которым он работает, старшей медицинской сестре отделения.

1.3. В своей работе руководствуется настоящим Положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам здоровья населения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

1.4. Специалист по сестринскому делу используется на должностях, соответствующих специальности «Сестринское дело». Назначение и увольнение осуществляется руководителем учреждения в установленном порядке.

2. Обязанности

2.1. Общие положения:

— рационально организовывать свой труд в отделении, подразделении или кабинете лечебно-профилактического учреждения;

— обеспечить инфекционную безопасность (соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, асептики, правильно хранить, обрабатывать, стерилизовать и использовать изделия медицинского назначения);

— осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговая оценка достигнутого);

— своевременно и качественно выполнять профилактические и лечебно-диагностические процедуры, назначенные врачом. Ассистировать при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях;

— оказывать неотложную доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;

— вводить лекарственные препараты, противошоковые средства (при анафилактическом шоке) больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;

— сообщать врачу или заведующему, а в их отсутствие, дежурному врачу о всех обнаруженных тяжелых осложнениях и заболеваниях пациентов, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций или о случаях нарушения внутреннего распорядка учреждения;

— обеспечивать правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами;

— взаимодействовать с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента;

— вести утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию;

— систематически повышать свою профессиональную квалификацию;

— проводить санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

2.2. В больничных учреждениях:

— осуществлять прием вновь поступивших пациентов, знакомить их с правилами внутреннего распорядка и назначенного режима в отделении и контролировать их выполнение;

— обеспечивать безопасную среду для пациента в стационаре;

— принимать непосредственное участие в обходе больных лечащим или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменениях в состоянии здоровья пациентов;

— проводить качественную и своевременную подготовку пациентов к различного рода исследованиям, процедурам, операциям;

— владеть методиками простейших лабораторных исследований (мочи на белок, сахар, определение гемоглобина и скорости оседания эритроцитов — СОЭ);

— контролировать работу младшей медицинской сестры по уходу.

2.3. В амбулаторно-поликлинических учреждениях:

— подготавливать амбулаторный прием врача: подготовка рабочего места, приборов, инструментария, индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов и других статистических медицинских бланков, своевременно получать результаты лабораторных и других исследований и расклеивать их по амбулаторным картам;

— подготавливать больного к амбулаторному приему врача: измерить артериальное давление, провести термометрию и другие медицинские исследования и манипуляции в пределах своей компетенции или по поручению врача;

— заполнять карты экстренного извещения, бланки направления на лечебно-диагностические исследования, помогать в заполнении посыльных листков во МСЭК, санаторно-курортных карт, выписки из индивидуальных карт амбулаторного больного. Вносить в индивидуальную карту амбулаторного больного данные флюорографического и других исследований;

— объяснять пациенту способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям;

— проводить отбор материала для бактериологических исследований в соответствии с назначениями врача;

— проводить под руководством и контролем врача профилактические прививки;

— обучать членов семьи организации безопасной среды для пациента;

— осуществлять уход и обучение уходу членов семьи в период болезни и реабилитации пациента;

— проводить обучение по организации безопасной среды и ухода за пациентами на дому;

— регулярно повышать квалификацию.

3. Права

3.1. В присутствии врача и под его контролем производить переливание крови и назначенную врачом инфузионную терапию.

3.2. Применять по назначению врача консервативные методы лечения больных, проводить определенные лечебные процедуры.

3.3. Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.

3.4. Вносить предложения по совершенствованию работы медицинской сестры и организации сестринского дела в учреждении.

3.5. Требовать от старшей медицинской сестры отделения обеспечения поста (рабочего места) оборудованием, оснащением, инструментарием, предметами ухода и т.д., необходимыми для качественного выполнения своих функциональных обязанностей.

3.6. Повышать свою квалификацию в установленном порядке, проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

3.7. Участвовать в работе профессиональных ассоциаций медицинских сестер и других общественных организаций, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

4. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

***

В соответствии с требованиями к специальности в области сестринского дела специалист должен знать и уметь:

1. Общие знания

— основы законодательства и права в здравоохранении;

— основы медицинского страхования;

— организацию работы медицинского учреждения в новых экономических условиях;

— статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;

— теоретические основы сестринского дела;

— психологию профессионального общения;

— основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;

— основы геронтологии и гериатрии;

— организацию сестринского ухода за больными на основе этапов сестринского процесса;

— основы паллиативной сестринской помощи, основы танатологии;

— виды, формы и методы реабилитации, организацию и проведение мероприятий по реабилитации пациентов;

— основные лекарственные группы, показания и противопоказания к применению, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств; нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинском учреждении;

— основы валеологии и санологии; методы и средства санитарного просвещения; роль сестринского персонала в глобальных, федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;

— основы диетологии;

— основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;

— систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и персонала медицинского учреждения; систему взаимодействия лечебно-профилактических учреждений с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

— учетно-отчетную деятельность структурного подразделения; основные виды медицинской документации;

— охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;

— функциональные обязанности, права и ответственность младшего медицинского персонала;

— основы медицины катастроф.

2. Общие умения

— анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;

— владеть коммуникативными навыками общения;

— выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные профилактические лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией и полномочиями;

— осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами;

— оценивать состояние и выделять ведущие синдромы и симптомы у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, оказывать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях;

— осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при паллиативной сестринской помощи инкурабельным больным;

— оценивать действие лекарственных средств у конкретного пациента, оказывать доврачебную помощь при лекарственном отравлении;

— подготовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным исследованиям;

— выполнять основные виды физиотерапевтических процедур, проводить занятия по лечебной гимнастике, владеть приемами массажа, контролировать выполнение рекомендаций по трудотерапии, использовать элементы психотерапии, контролировать соблюдение назначенной врачом диеты, оценивать эффективность проводимых мероприятий;

— владеть методами и средствами санитарного просвещения; планировать и оценивать комплексные программы профилактики, направленные на воспитание и обучение отдельных лиц, семей, групп населения и сохранению и укреплению здоровья;

— соблюдать фармацевтический порядок получения, хранения и использования лекарственных средств;

— соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;

— вести медицинскую документацию;

— выполнять требования инфекционного контроля; инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;

— проводить мероприятия по защите населения больных, пострадавших и персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны; оказывать доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях.

3. Специальные знания

3.1. В области сестринского дела в амбулаторно-поликлиническом учреждении:

— систему организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

— нормативные документы, определяющие основные задачи, функции, условия и порядок деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;

— оснащение, организацию, режим работы структурных подразделений амбулаторно-поликлинического учреждения;

— организацию сестринского дела в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;

— функциональные обязанности, права и ответственность сестринского и младшего медицинского персонала структурных подразделений;

— демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного населения;

— организацию профилактической работы среди населения участка; организацию и методику работы по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;

— роль и основные задачи медицинской сестры при проведении врачебного амбулаторного приема, его организацию и материальное обеспечение;

— основы диспансеризации населения;

— основы экспертизы трудоспособности;

— противоэпидемическую работу в очаге инфекции;

— иммунопрофилактику;

— систему инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;

— организацию сестринской помощи на дому;

— организацию восстановительного лечения и реабилитации больных в условиях деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;

— основы рационального и сбалансированного питания;

— основные учетные формы медицинской документации амбулаторно-поликлинического учреждения.

3.2. В области сестринского дела в больничном учреждении (стационаре):

— систему организации больничной помощи населению;

— нормативные документы, определяющие основные задачи, функции, условия и порядок деятельности больничного учреждения;

— оснащение, организацию, режим работы структурных подразделений больничного учреждения;

— организацию сестринского дела в структурных подразделениях больничного учреждения;

— лечебно-охранительный режим; профилактику больничного травматизма, положения больного в постели; правила транспортировки больных;

— систему больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала в структурных подразделениях клинического учреждения;

— охрану труда и технику безопасности в структурных подразделениях больничного учреждения;

— организацию сестринского ухода в специализированных отделениях больничного учреждения;

— организацию периоперативного сестринского ухода;

— основные синдромы острых нарушений функций систем и органов;

— современные методы интенсивной терапии и реанимации при заболеваниях и критических состояниях;

— организацию сестринского ухода и реабилитацию больных блока интенсивной терапии и реанимации;

— организацию восстановительного лечения и реабилитации больных в условиях больничного медицинского учреждения;

— основы рационального и сбалансированного питания; основы организации лечебного и диетического питания в больничном учреждении;

— основные учетные формы медицинской документации больничного учреждения;

3.3. В области организации сестринского дела:

— научные и управленческие подходы к совершенствованию качества сестринской помощи;

— основы менеджмента и маркетинга в здравоохранении;

— систему управления сестринским и младшим медицинским персоналом медицинского учреждения;

— систему информационного обеспечения структурного подразделения (перечень учетно-отчетной документации; порядок ведения, хранения, обработки, сдачи в архив);

— документы по оснащению структурного подразделения материальными ресурсами, медицинскому и фармацевтическому обеспечению деятельности, организации лечебного и диетического питания; охране труда и технике безопасности;

— документы, регламентирующие деятельность структурного подразделения в экстремальных условиях.

4. Специальные умения

4.1. В области сестринского дела в амбулаторно-поликлиническом учреждении:

— проводить персональный учет прикрепленного населения;

— собирать оперативную информацию об эпидемиологической ситуации; совместно с санитарно-эпидемиологической службой провести противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции; владеть техникой иммунопрофилактики;

— проводить забор, доставку, хранение собранного материала для бактериологического исследования;

— выполнять требования инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;

— проводить санитарно-просветительную работу на участке, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения здоровому образу жизни;

— организовать проведение амбулаторного приема врача (подготовку рабочего места, приборов, инструментария, подготовку индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков, рецептов, предварительный сбор анамнеза, проведение предварительного осмотра больного);

— выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в поликлинике и на дому, ассистировать врачу при проведении амбулаторных операций и сложных манипуляций соответственно профилю кабинета (структурного подразделения);

— осуществлять обеспечение кабинета необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой; учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета;

— проводить контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным ремонтом и списанием;

— проводить подготовку санитарного актива участка, включающую занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказанию первой медицинской помощи;

— вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию.

4.2. В области сестринского дела в больничном учреждении (стационаре):

— осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за больными, инкурабельными больными;

— выполнять требования больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях больничного учреждения;

— проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и их родственников, включающую пропаганду медицинских знаний; обучение оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; обучение методам ухода, первой медицинской помощи; проводить гигиеническое воспитание и обучение здоровому образу жизни;

— выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в больничном учреждении, готовить инструменты и ассистировать врачу при проведении сложных манипуляций;

— владеть техникой подготовки больных к диагностическим исследованиям; экстренной операции;

— владеть техникой сестринских манипуляций.

4.3. В области организации сестринского дела:

— осуществлять планирование, организацию, мотивацию, контроль и координацию деятельности сестринского и младшего медицинского персонала структурного подразделения медицинского учреждения;

— оценивать качество и эффективность сестринской помощи населению на уровне структурного подразделения; планировать систему мероприятий по совершенствованию сестринской службы структурного подразделения;

— организовать работу по профессиональной адаптации, повышению квалификации, развитию профессиональной карьеры, аттестации и сертификации средних медицинских кадров структурного подразделения;

— обеспечивать проведение учебных мероприятий по эксплуатации медицинской техники и оборудования, технике безопасности и охране труда;

— проводить обеспечение структурного подразделения необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой; учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета;

— проводить контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным ремонтом и списанием в структурном подразделении;

— изучать и использовать в работе лучший отечественный и зарубежный опыт в области сестринского дела;

— осуществлять наставническую и педагогическую деятельность.

5. Манипуляции

— санитарная обработка больного;

— приготовление дезинфицирующих растворов;

— дезинфекция предметов ухода за больным;

— предстерилизационная очистка шприцев, игл, инструментов;

— укладка в биксы перевязочного материала, одежды, белья хирургического персонала;

— пользование стерильным биксом;

— обеззараживание рук;
— облачение в стерильную одежду и одевание хирурга;
— накрытие стерильного стола;
— транспортировка и перекладывание больного;
— пользование функциональной кроватью;
— приготовление постели;
— смена нательного и постельного белья;
— туалет больного;
— гигиенические мероприятия в постели;
— подмывание;
— профилактика пролежней;
— кормление больного в постели;
— введение питательной смеси через зонд;
— питание больного через гастростому;
— обработка пуговичного зонда и кожи вокруг гастростомы;
— измерение температуры тела;
— построение графика температурной кривой;
— измерение пульса;
— определение числа дыхательных движений;
— измерение артериального давления;
— определение суточного диуреза;
— постановка банок;
— постановка горчичников;
— постановка согревающего компресса;
— применение грелки и пузыря со льдом;
— приготовление лечебной ванны;
— подача кислорода;
— подача судна и мочеприемника;
— постановка газоотводной трубки;
— постановка всех видов клизм;
— катетеризацию мочевого пузыря;
— ведение документации по учету лекарственных средств;
— применение мази, пластыря, присыпки;
— закапывание капель в нос, уши, глаза, закладывание за веко;
— пользование ингалятором;
— набор дозы инсулина;
— инъекции (все виды);

— сбор системы для капельного введения;

— венепункция;

— снятие ЭКГ;

— взятие мазка из зева;

— сбор мокроты;

— анализ крови на гемоглобин, СОЭ, лейкоциты;

— анализ мочи по Зимницкому;

— фракционное зондирование желудка;

— зондирование желчного пузыря;

— сбор кала на исследование;

— подготовка больного к лучевым исследованиям, эндоскопии;

— подготовка больного и участие в проведении всех видов пункций, амбулаторных операций;

— проведение искусственного дыхания;

— наложение всех видов повязок;

— проведение местной анестезии;

— иммобилизация;

— определение группы крови, проба на индивидуальную совместимость;

— проведение премедикации;

— остановка кровотечений из поверхностно расположенных сосудов.

Требования к специальности «Сестринское дело в педиатрии»

1. Общие положения

1.1. К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области сестринского дела в педиатрии допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование, диплом по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», сертификат по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

1.2. Специалист в области сестринского дела в педиатрии используется на должностях, соответствующих специальности «Сестринское дело в педиатрии», назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

1.3. В своей работе руководствуется настоящим Положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам здоровья населения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

1.4. Постоянно совершенствует свои знания и умения.

2. Обязанности

2.1. Проводит санитарно-просветительную работу среди детей, их родственников и населения, консультирует по вопросам здорового образа жизни, питания, грудного вскармливания, соблюдает правила медицинской этики и деонтологии при общении с персоналом, родителями и детьми.

2.2. Обучает родителей уходу за здоровым и больным ребенком, выполнению санитарно-эпидемиологических требований ухода за детьми. Осуществляет патронажную работу в семье, собирает информацию об условиях воспитания ребенка, особенностях его характера, привычках для успешного осуществления ухода за ним.

2.3. Обеспечивает доврачебную медицинскую помощь детям при неотложных состояниях, организует правильную транспортировку.

2.4. Обеспечивает доврачебный этап профилактических осмотров детей различного возраста на основе скринирующих программ.

2.5. Планирует вакцинопрофилактику и осуществляет контроль за ее проведением.

2.6. Осуществляет контроль за выполнением ребенком и родителями рекомендаций и назначений врача.

2.7. Выполняет программу лечебно-профилактической помощи ребенку, назначенную врачом. Планирует и осуществляет сестринский уход за пациентами в соответствии с приоритетами потребностей.

2.8. Осуществляет:

— прием пациентов в лечебно-профилактическом учреждении (отделении);

— осмотр на наличие педикулеза, обеспечение больного индивидуальными предметами ухода;

— сбор материала от больных для лабораторного обследования;

— выборку из историй болезни (развития) назначений врача;

— подготовку пациентов к инструментальным методам исследования;

— соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отношении ребенка, родственников и себя лично;

— контроль за питанием ребенка в условиях лечебно-профилактического учреждения и дома, качеством и соответствием передач, принесенных родителями, разрешенному ассортименту;

— составление порционных требований на диетстолы;

— контроль за состоянием больного с регистрацией любых изменений, принятие решений в соответствии с уровнем своей компетенции.

2.9. Представляет врачебному персоналу своевременную информацию об ухудшении состояния пациента, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций.

2.10. Регулярно повышает квалификацию.

3. Права

3.1. На основе норм медицинской этики и деонтологии требовать от детей и их родителей соблюдения рекомендаций врача и режима лечебно-профилактического учреждения (отделения).

3.2. Получать необходимую информацию для четкого выполнения своих обязанностей.

3.3. Вносить предложения по совершенствованию работы младшего и среднего медицинского персонала отделения учреждения.

3.4. Проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

3.5. Участвовать в мероприятиях, проводимых для средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений, участвовать в работе профессиональных медицинских ассоциаций.

3.6. Повышать свою квалификацию.

4. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

***

В соответствии с требованиями к специальности в области сестринского дела в педиатрии специалист должен знать и уметь:

1. Общие знания

— профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность;

— систему организации медицинской помощи детям, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях по охране здоровья детей;

— конвенцию ООН о правах ребенка;

— основы законодательства и права в здравоохранении;

— основы медицинского страхования;

— теоретические основы сестринского дела;

— философию и этику сестринского дела;

— психологию профессионального общения;

— сестринский процесс и его этапы при уходе за детьми;

— основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм у детей различного возраста;

— структуру лечебно-профилактических учреждений;

— виды, формы и методы реабилитации;

— фармакокинетику, фармакодинамику, показания и противопоказания к применению, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств, нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинском учреждении;

— методы и средства санитарного просвещения, роль сестринского персонала в федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;

— основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;

— систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов, персонала медицинского учреждения, систему взаимодействия медицинского учреждения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

— основы гигиенического воспитания населения по вопросам воспитания здорового ребенка и пропаганде здорового образа жизни, ухода за здоровыми и больными детьми;

— психологические основы общения с детьми, их родителями, персоналом; медицинскую этику и деонтологию;

— организацию делопроизводства и учетно-отчетной деятельности структурного подразделения, основные виды медицинской документации;

— охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;

— функциональные обязанности, права и ответственность младшего медицинского персонала;

— основы медицины катастроф.

2. Общие умения

— анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;

— владеть коммуникативными навыками общения;

— выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;

— осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами;

— владеть техникой сестринских манипуляций;

— оценить состояние, выделить ведущие симптомы у детей, находящихся в тяжелом и терминальном состояниях;

— оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях;

— оценить действие лекарственных средств у конкретного пациента, оказать доврачебную помощь при лекарственном отравлении;

— подготовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным методам исследования;

— проводить занятия по лечебной гимнастике, владеть приемами массажа;

— соблюдать порядок получения, хранения, использования лекарственных средств;

— соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;

— вести медицинскую документацию.

3. Специальные знания

3.1. В области педиатрии:

— основы реформы сестринского дела в педиатрии;

— основы управления сестринской деятельностью в педиатрии;

— технологии и стандарты сестринской деятельности в педиатрии;

— организацию работы младшего медицинского персонала в детских лечебно-профилактических учреждениях;

— деонтологические проблемы госпитализации ребенка;

— сестринский уход за детьми, страдающими острыми и хроническими заболеваниями;

— какую и в какой форме информацию о состоянии здоровья давать ребенку, его родителям, родственникам и другим гражданам;

— инфекционный контроль в детских лечебно-профилактических учреждениях;

— этапы сестринского процесса в неонатологии;

— особенности санитарно-эпидемиологического режима в отделении новорожденных;

— правила грудного вскармливания ребенка;

— функциональные состояния и заболевания новорожденных;

— детские болезни, принципы ухода;

— подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения, период адаптации.

3.2. В области хирургии и реанимации:

— основные вопросы организации хирургической и реанимационной помощи детям;

— причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики хирургических заболеваний и травм у детей;

— основные проявления терминальных состояний у детей;

— этапы сестринского процесса при уходе за детьми с хирургическими заболеваниями и травмами;

3.3. В области акушерства и гинекологии:

— систему организации медицинской помощи беременным и гинекологическим больным;

— показатели материнской и перинатальной смертности;

— основные вопросы физиологии у здоровых женщин и при акушерской патологии;

— физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода у здоровых женщин и групп риска;

— принципы профилактики мастита после родов;

— причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики гинекологических заболеваний;

— этапы сестринского процесса при уходе за беременными и пациентами с гинекологическими заболеваниями;

— гинекологические заболевания у девочек;

— вопросы планирования семьи и современной контрацепции.

3.4. В области инфекционных заболеваний:

— систему организации медицинской помощи инфекционным больным;

— основные свойства возбудителя, эпидемиологические особенности, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики инфекционных заболеваний;

— эпидемиологическую ситуацию, пути передачи инфекции, группы риска, методы обследования, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, туберкулеза;

— этапы сестринского процесса при уходе за детьми, больными инфекционными заболеваниями;

— календарь профилактических прививок.

3.5. В области неврологии и психиатрии:

— систему организации неврологической и психиатрической помощи;

— причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, лечение и профилактику неврологических и психических заболеваний;

— медицинские, этические, юридические аспекты психиатрической помощи;

— этапы сестринского процесса при уходе за детьми, страдающими неврологическими и психическими заболеваниями.

3.6. В области реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа:

— виды, формы и методы реабилитации;

— роль лечебной физкультуры, физиотерапии, массажа в реабилитации;

— сестринский процесс при проведении реабилитации.

4. Специальные умения

— обеспечить инфекционную безопасность ребенка и медицинского персонала детского лечебно-профилактического учреждения;

— строго соблюдать технологию выполнения манипуляций и процедур;

— проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях у взрослых и детей;

— подготовить ребенка к специальным лабораторным и инструментальным методам исследования;

— строго соблюдать технологии по отбору и доставке биопроб для клинических исследований;

— оказать неотложную доврачебную помощь при детских, инфекционных, хирургических, неврологических и других заболеваниях;

— осуществлять уход за новорожденным ребенком;

— осуществлять и документировать отдельные этапы сестринского процесса при уходе за больными детьми в стационаре и поликлинике;

— владеть основными приемами массажа;

— оценить действие лекарств у конкретного ребенка и их побочные действия;

— определить группу крови и Rh-фактор у ребенка.

5. Манипуляции

— первичный туалет новорожденного;

— уход за пуповиной;

— антропометрия новорожденного;

— пеленание ребенка;

— обогревание новорожденного с помощью источника лучистого тепла;

— использовать кювез для ухода за новорожденным;

— правильно приложить ребенка к груди;

— пользоваться приемами искусственного вскармливания ребенка;

— обеспечить зондовое кормление, уход за зондом;

— сделать очистительную и лечебную клизму;

— ассистировать при заменных переливаниях крови и гемотрансфузиях;

— произвести осмотр кожи и слизистых оболочек у ребенка, определить жизненно важные показатели (температура, АД, число дыханий, число сердечных сокращений);

— определить сахар в моче ребенка;

— подготовить систему внутривенного капельного влияния жидкости, использовать различные инфузоры и перфузоры;

— сделать внутривенные, внутримышечные, внутрикожные, подкожные инъекции;

— уметь поставить внутривенный периферический катетер (типа «бабочка», «Бронюля» и др.);

— уход за центральным и периферическим катетером;

— поставить мочевой катетер мальчику и девочке;

— пользоваться различными способами дачи кислорода ребенку (масочный, кислородная палатка, носовые канюли и др.);

— подготовить ребенка к плевральной и спинно-мозговой пункции;

— провести искусственную вентиляцию легких различными методами: дыхание «рот в рот», мешком Амбу с маской;

— уметь обеспечить свободную проходимость дыхательных путей в случае необходимости;

— провести сердечно-легочную реанимацию (дыхание «рот в рот» или маской, непрямой массаж сердца);

— использовать систему мониторирования показателей жизненно важных функций организма ребенка;

— оказать доврачебную помощь ребенку при неотложных состояниях;

— остановить кровотечение;

— сделать промывание желудка;

— использовать посиндромную медикаментозную терапию при оказании доврачебной помощи на ФАПе, в поликлинике, приемном отделении больницы.

2. Тарификация медицинских сестер

Заработная плата медицинских сестер устанавливается в соответствии с тарификацией, которая производится на основе положений Постановления Минтруда и социального развития от 27.08.97 № 43. При этом на каждого работника заполняется форма № 2, в которой отражаются все исходные данные для проведения расчета тарифной ставки.

Тарифно-квалификационная характеристика медицинской сестры

6—11 разряды

Должностные обязанности. Осуществляет уход за больными в учреждении здравоохранения и на дому. Оказывает доврачебную медицинскую помощь, осуществляет забор биологических материалов для лабораторных исследований и проводит простейшие анализы. Осуществляет стерилизацию медицинских инструментов, перевязочных средств и предметов ухода за больными. Обеспечивает правильное выполнение врачебных назначений. Отвечает за учет, хранение, использование лекарственных средств и этилового спирта. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников.

Должна знать: законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам фармации; основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни; правила техники безопасности при работе с медицинским инструментарием и оборудованием; законодательство о труде и охране труда Российской Федерации; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

Требования к квалификации по разрядам оплаты. Среднее медицинское образование по специальности «сестринское дело»:

6—7 разряды — медицинская сестра, не имеющая квалификационной категории;

7—8 разряды — медицинская сестра, имеющая II квалификационную категорию;

8—9 разряды — медицинская сестра, имеющая I квалификационную категорию; медицинская сестра, не имеющая квалификационной категории: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочной, по массажу, врача общей практики;

9—10 разряды — медицинская сестра, имеющая высшую квалификационную категорию; медицинская сестра, имеющая II квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочной, по массажу, врача общей практики;

10 разряд — медицинская сестра, имеющая I квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочной, по массажу, врача общей практики;

11 разряд — медицинская сестра, имеющая высшую квалификационную категорию: операционная, анестезист, палатная, процедурная, перевязочной, по массажу, врача общей практики.

Форма № 2

Тарификационный список работников

Должности медицинского и фармацевтического персонала

<table>
<tr><td>1.</td><td colspan="3">Ф.И.О.</td></tr>
<tr><td>2.</td><td colspan="3">Наименование должности</td></tr>
<tr><td>3.</td><td colspan="3">Квалификационная категория, дата присвоения, для медицинских и фармацевтических работников специальность, по которой присвоена категория*</td></tr>
<tr><td>4.</td><td colspan="3">Разряд оплаты труда по занимаемой должности с учетом наличия квалификационной категории</td></tr>
<tr><td>5.</td><td colspan="2">За руководство структурным подразделением</td><td rowspan="3">Увеличение разряда (количество разрядов)</td></tr>
<tr><td>6.</td><td colspan="2">За наличие ученой степени*</td></tr>
<tr><td>7.</td><td colspan="2">За наличие почетного звания*</td></tr>
<tr><td>8.</td><td colspan="3">Итого разряд оплаты труда (гр. 4 + гр. 5 ,6 ,7)</td></tr>
<tr><td>9.</td><td colspan="3">Размер увеличения сверх 18 разряда (в процентах)</td></tr>
<tr><td>10.</td><td colspan="3">Итого оклад (гр. 8 + гр. 9) в руб.</td></tr>
<tr><td>11.</td><td colspan="3">Оклад специалиста на селе (гр. 10 с учетом повышения на 25 % в руб.)</td></tr>
<tr><td>12.</td><td colspan="3">Объем работы по данной должности (1,0; 0,75; 0,5; 0,25) с указанием вида работы (основная, совместительство)</td></tr>
<tr><td>13.</td><td colspan="3">Итого месячный оклад (гр. 10 или 11 × гр. 12)</td></tr>
<tr><td>14.</td><td>в %</td><td rowspan="2">Повышение оклада в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда</td></tr>
<tr><td>15.</td><td>в руб.</td></tr>
<tr><td>16.</td><td>в %</td><td rowspan="2">Другие повышения оклада, предусмотренные действующим законодательством</td></tr>
<tr><td>17.</td><td>в руб.</td></tr>
<tr><td>18.</td><td colspan="3">Месячный должностной оклад с учетом объема работы (гр. 13 + гр. 15 + гр. 17)</td></tr>
<tr><td>19.</td><td colspan="3">Стаж непрерывной работы</td></tr>
<tr><td>20.</td><td>в %</td><td rowspan="2">Размер надбавки (гр. 13 × гр. 20)</td><td rowspan="2">Надбавка за продолжительность непрерывной работы</td></tr>
<tr><td>21.</td><td>в руб.</td></tr>
<tr><td>22.</td><td colspan="3">Итого месячный фонд заработной платы по тарификационному списку (гр. 18 + гр. 21)</td></tr>
<tr><td>23.</td><td colspan="3">Дополнительные сведения</td></tr>
</table>

* Графа 3 может быть выделена в отдельную таблицу с расшифровкой исходных данных по графам 6, 7 (см. Приложение)

Приложение к форме № 2

Ф.И.О.	Должность	Ученая степень	Почетное звание	Специализация	Квалификационная категория	Дата присвоения

3. Аттестация медицинских сестер

Аттестация медицинских сестер производится в соответствии с Приказом МЗМП РФ от 23.05.95 № 131 с учетом последующих изменений и дополнений.

Утверждено
Приказом Минздравмедпрома РФ
от 23.05.95 № 131

Положение об аттестации средних медицинских и фармацевтических работников

1. Общие положения

1.1. Аттестацию по присвоению квалификационных категорий могут проходить лица, имеющие право на медицинскую и фармацевтическую деятельность на территории Российской Федерации, а также лица, допущенные к этой деятельности в установленном порядке.

1.2. Аттестация проводится для определения уровня квалификации специалистов, соответствия его профессионально-должностным требованиям с последующим присвоением квалификационных категорий и осуществляется на добровольной основе.

1.3. Аттестация средних медицинских и фармацевтических работников проводится по специальностям в соответствии с Перечнем специальностей для аттестации средних медицинских и фармацевтических работников (Приложение).

По специальности «Лечебное дело» аттестуются средние медицинские работники, занимающие должности фельдшеров, в том числе старших фельдшеров;

по специальности «Акушерское дело» — акушерки, в том числе старшие акушерки;

по специальности «Медико-профилактическое дело» — помощники врача-эпидемиолога;

по специальности «Стоматология» — зубные врачи;

по специальности «Фармация» — фармацевты, в том числе старшие фармацевты;

по специальности «Стоматология ортопедическая» — зубные техники, в том числе старшие зубные техники;

по специальности «Лабораторная диагностика» — фельдшеры-лаборанты, лаборанты;

по специальности «Сестринское дело» аттестуются средние медицинские работники, занимающие должности медицинских сестер, в том числе как в больничных, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях), кроме должностей, перечисленных в Примечании к Перечню специальностей для аттестации средних медицинских и фармацевтических работников; старшие медицинские сестры могут проходить аттестацию как по специальности «Сестринское дело», так и по профилю соответствующего структурного подразделения, в котором они работают.

1.4. Уровень квалификации специалистов определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой, высшей.

Вторая квалификационная категория может присваиваться среднему медицинскому, фармацевтическому работнику (далее по тексту — средние медицинские работники), имеющему стаж работы по аттестуемой специальности не менее трех лет, первая — пяти лет, высшая — восьми лет.

При присвоении категорий рекомендуется соблюдать последовательность: вторая, первая, высшая.

В стаж работы по специальности для аттестации на квалификационную категорию засчитывается время работы по данной специальности как по основной, так и по совмещаемой работе, время работы в органах управления здравоохранением, в общественных профессиональных, а также профсоюзных организациях.

За профсоюзными работниками, занимавшими выборные должности, при их переходе на практическую работу в учреждения здравоохранения в течение одного года сохраняется имеющаяся у них квалификационная категория.

1.5. В отдельных случаях, учитывая высокую теоретическую и практическую подготовку специалиста, наличие соответствующей рекомендации администрации учреждения, аттестационная комиссия может принять решение о присвоении квалификационной категории без предъявления установленных настоящим Положением требований к стажу работы.

1.6. Квалификационная категория по специальности может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности.

1.7. Переаттестация на подтверждение квалификационной категории проводится каждые пять лет. От переаттестации освобождаются беременные женщины и лица, имеющие детей в возрасте до трех лет, находящиеся в отпуске по уходу за ними. Срок их переаттестации соответственно переносится и проводится через три года после выхода на работу. В случае уважительных причин, срок переаттестации специалиста может быть перенесен аттеста-

ционной комиссией на три месяца на основании заявления аттестуемого и ходатайства администрации учреждения.

Аттестация на присвоение более высокой квалификационной категории, при наличии необходимого стажа работы по аттестуемой специальности и соответствующей профессиональной подготовки, может проводиться досрочно, но не ранее чем через год от предыдущей аттестации.

2. Аттестационные комиссии

2.1. Аттестация средних медицинских и фармацевтических работников системы Минздравмедпрома России проводится аттестационными комиссиями, которые создаются, как правило, при органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

2.2. Средние медицинские работники, занятые в учреждениях здравоохранения других министерств и ведомств, могут проходить аттестацию в комиссиях, создаваемых при этих министерствах (ведомствах).

2.3. При Министерстве здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации создается Центральная аттестационная комиссия, которая осуществляет свою работу в соответствии с Положением о Центральной аттестационной комиссии.

2.4. В состав аттестационных комиссий рекомендуется включать представителей органов управления здравоохранением, главных медицинских сестер учреждений, преподавателей средних медицинских и фармацевтических учебных заведений, представителей профсоюзных органов профессиональных медицинских, фармацевтических и других общественных организаций, специалистов лечебно-профилактических и аптечных учреждений.

2.5. Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится за счет средств учреждений, в которых работают специалисты, профессиональных ассоциаций, а также за счет личных средств по желанию аттестуемого.

Смета расходов на содержание аттестационной комиссии и стоимость аттестации специалиста определяется органом управления здравоохранением, при котором создана аттестационная комиссия.

Оплата работы членов аттестационной комиссии производится в соответствии с действующим законодательством.

3. Порядок проведения аттестации

3.1. Аттестация проводится по месту нахождения комиссии или по месту работы аттестуемого (выездные аттестационные комиссии).

3.2. При аттестации (переаттестации) на присвоение квалификационных категорий специалисту необходимо пройти подготовку на циклах повышения квалификации по аттестуемой спе-

циальности в учебных заведениях дополнительного профессионального образования, имеющих государственную лицензию на образовательную деятельность.

3.3. Средний медицинский работник, изъявивший желание пройти аттестацию на квалификационную категорию, представляет в аттестационную комиссию следующие документы:

— заявление;

— аттестационный лист (Приложение № 2);

— при аттестации по специальности «Стоматология ортопедическая» аттестуемый представляет изготовленные им зуботехнические работы;

— отчет о работе за последний год, утвержденный руководителем учреждения.

3.4. Аттестационная комиссия обязана рассмотреть аттестационные материалы на присвоение квалификационной категории в течение 3 месяцев со дня получения.

3.5. Профессиональная компетентность и квалификация специалиста определяются по результатам квалификационного экзамена, который проводится квалификационной комиссией в виде собеседования или системы тестовых заданий, в основе которых должны находиться базисные и профессиональные знания в зависимости от занимаемой должности, вопросы медицины катастроф.

3.6. При переаттестации средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, аттестационная комиссия может вынести решение о подтверждении категории, присвоении более высокой, снижении категории или ее снятии.

3.7. Первичная аттестация на квалификационную категорию, аттестация на присвоение более высокой категории, подтверждение высшей квалификационной категории проводится с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии.

3.8. Подтверждение второй и первой квалификационной категории может проводиться заочно, кроме аттестации по специальности «Стоматология ортопедическая».

3.9. Решение о присвоении специалисту соответствующей категории принимается аттестационной комиссией по результатам экзамена большинством голосов и вносится в аттестационный лист (в голосовании должно участвовать не менее 2/3 числа членов комиссии). При равенстве голосов выносится решение в пользу аттестуемого.

3.10. Специалисты, не выдержавшие аттестационных испытаний, имеют право на повторный экзамен в сроки, установленные аттестационной комиссией.

3.11. Специалисты, не согласные с решением комиссий, имеют право обжаловать это решение в Центральной аттестационной

комиссии Минздравмедпрома России по аттестации средних медицинских и фармацевтических работников.

3.12. Каждое заседание аттестационной комиссии оформляется протоколом.

Решение аттестационной комиссии в течение месяца объявляется приказом органа управления здравоохранением, при котором она создана.

3.13. Специалистам, которым по результатам аттестации (переаттестации) присвоена квалификационная категория, выдается удостоверение установленного образца, которое действительно на всей территории Российской Федерации (Приложение № 3). В трудовой книжке делается соответствующая запись.

3.14. Квалификационная категория, присвоенная специалисту, действительна в течение 5 лет со дня издания приказа органа (учреждения) здравоохранения о ее присвоении.

3.15. За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории, работник может письменно обратиться в аттестационную комиссию для прохождения переаттестации. При отказе специалиста от очередной аттестации, присвоенная ранее квалификационная категория утрачивается с момента истечения 5-летнего срока со дня ее присвоения.

3.16. Досрочная переаттестация средних медицинских работников с целью снижения или снятия имеющейся категории может быть проведена аттестационной комиссией по представлению администрации учреждения. При этом в аттестационную комиссию направляются документы, содержащие обоснование необходимости переаттестации. В этом случае переаттестация проводится с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии. Приглашенному специалисту выплачиваются командировочные расходы за счет учреждения, администрация которого направила в аттестационную комиссию представление о его досрочной переаттестации. Если специалист не является на комиссию без уважительной причины, переаттестация может быть проведена в его отсутствие.

4. Должностная инструкция работника

Приступая к работе, медицинская сестра должна иметь четко составленную должностную инструкцию, содержание которой должно быть увязано с должностными инструкциями других работников отделения. Оно, в частности, зависит от того, двух- или трехстепенная форма обслуживания принята в данном конкретном отделении.

Должностная инструкция для старших медсестер отделений стационара*

I. Общая часть

1. Старшая медсестра назначается и увольняется главным врачом больницы.

2. На должность старшей медсестры назначается лицо со средним медицинским образованием и стажем работы по профилю отделения не менее 5 лет, имеющее 1-ю аттестационную категорию.

3. Старшая медсестра непосредственно подчиняется главной медсестре больницы и заведующему отделением.

4. Старшая медсестра осуществляет руководство работой медсестер и младшего медицинского персонала отделения, отвечает за выполнение врачебных назначений, санитарно-эпидемиологический режим, а также за уход за больными.

5. В своей работе старшая медсестра руководствуется Положением об отделении, настоящей должностной инструкцией и другими официальными документами, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих должностных лиц.

II. Функции и обязанности

1. Осуществлять руководство медсестрами и младшим медицинским персоналом.

2. Обеспечивать рациональную расстановку кадров среднего и младшего медицинского персонала и составлять графики их работы.

3. Проводить мероприятия по рациональной организации труда младшего и среднего персонала с использованием достижений современной науки и техники.

4. Обеспечивать отделение медицинским инструментарием, аппаратурой, медикаментами, перевязочным материалом, предметами ухода за больными, контролировать их хранение, учет, расход и использование.

5. Обеспечивать и контролировать постоянное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима и внутреннего распорядка персоналом и больными отделения.

6. По указаниям зав. отделения организовывать индивидуальные посты для тяжелобольных.

7. Составлять порционные листы на питание больных, контролировать качество пищи и ее раздачу.

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

8. Вести учет поступления и выписки больных, составлять форму движения больных в отделениях и контролировать качество ведения документации.

9. Контролировать организацию передач для больных.

10. Вести контроль за своевременностью и точностью выполнения медсестрами врачебных назначений по лечению и уходу за больными.

11. Организовывать и контролировать выполнение лечебно-охранительного режима и посещения больных родственниками. Ежедневно проводить беседы с вновь поступающими.

12. Ежедневно проводить обходы отделения и присутствовать при передаче смен медсестрами.

13. Контролировать выполнение правил приема и выписки средним и младшим медицинским персоналом отделения.

14. Под руководством зав. отделения разрабатывать и контролировать выполнение планов повышения квалификации средних и младших медицинских работников, проведение сестринских конференций и практических занятий.

15. Проводить лабораторный контроль с целью профилактики внутрибольничной инфекции согласно Приказу МЗ СССР № 720.

16. Организовывать своевременное прохождение профилактических медосмотров персонала отделения.

17. Организовывать и контролировать выполнение мероприятий в случае возникновения инфекционного очага в отделении.

18. Проводить инструктаж по технике безопасности персонала отделения при приеме на работу и в дальнейшем 2 раза в год под роспись.

19. Осуществлять изучение функциональных обязанностей средним и младшим персоналом при приеме на работу.

20. Постоянно повышать свою квалификацию, участвовать в работе Совета медсестер и больничных научно-практических конференций.

III. Права

1. Получать информацию, необходимую для выполнения должностных обязанностей.

2. Участвовать в совещаниях, где рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере деятельности старшей медсестры.

3. Представлять медсестер отделения к поощрениям и вносить предложения о наложении взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и некачественно выполняющих свои обязанности.

4. Отдавать распоряжения и указания медсестрам и санитаркам.

IV. Взаимоотношения (связи по должности)

1. С заведующим отделением и главной медсестрой, от которых старшая медсестра получает устную и письменную управленческую информацию о порядке работы.

2. С медсестрами и младшим медицинским персоналом, которым старшая медсестра передает указания вышестоящих должностных лиц и свои распоряжения по улучшению лечебного процесса.

V. Оценка работы и ответственность

1. Оценка работы старшей медсестры проводится заведующим отделением по схеме качественной оценки труда медицинских сестер.

2. В соответствии с законодательством старшая медсестра несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и непринятие решений, которые входят в сферу ее компетенции.

Виды персональной ответственности определяются в соответствии с действующим законодательством.

Должностная инструкция медицинской сестры процедурного кабинета*

I. Общие положения

1. На должность медицинской сестры процедурного кабинета принимаются лица, имеющие законченное среднее медицинское образование, а также стаж работы в данном отделении не менее 3 лет.

2. Принимается и увольняется главным врачом больницы по представлению зав. отделением и согласованием с главной медсестрой больницы.

3. Находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры.

4. В непосредственном подчинении у процедурной медсестры находится санитарка кабинета.

5. Работает по графику, составленному старшей медсестрой отделения, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача больницы соответствующего профиля и согласованному с комитетом профсоюза больницы.

6. В своей работе руководствуется данной должностной инструкцией, приказами и инструкциями по организации работы кабинета, указаниями заведующего отделением, главного врача больницы.

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

7. Замена процедурной медсестры в период ее отсутствия проводится заведующим отделением и старшей медсестрой путем перевода на эту должность одной из медсестер отделения, хорошо освоивших данную работу.

II. Обязанности

Основными обязанностями процедурной медсестры является правильная организация работы кабинета и выполнение назначенных процедур. В соответствии с данными задачами процедурная медсестра обязана:

1. Выполнять манипуляции только по назначению врача.

2. Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.

3. Соблюдать последовательность выполнения процедур в соответствии с почасовым графиком работы.

4. Строго соблюдать требования асептики и антисептики при выполнении процедур.

5. В течение работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.

6. Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций:

а) внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций;

б) внутрикожных проб;

в) взятие крови из вены для диагностических исследований;

г) проведение (под контролем врача):

— определение группы крови и резус-фактора;

— переливание крови, кровезаменителей;

— постановка систем и введение лекарств капельным методом;

д) подготовка инструментария к сдаче в центральную стерилизационную;

е) подготовка материала к проведению процедур.

7. Немедленно ставить в известность врача об осложнениях, связанных с производством манипуляций и проведением процедур в кабинете, владеть методами оказания доврачебной помощи. Готовит необходимый набор инструментов и материала и ассистирует врачу при проведении других манипуляций в данном кабинете.

8. Качественно вести документацию процедурного кабинета.

9. Ежедневно делать отметки в местах врачебных назначений о выполненных процедурах.

10. Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.

11. Своевременно пополнять кабинет необходимым количеством инструментария, медикаментов, сывороток для определения группы крови, другого необходимого для работы в течение круглых суток набора растворов, препаратов, инвентаря, антисептиков.

12. Владеть технологией постановки проб на скрытую кровь, отмывание от дезинфицирующих и моющих средств.

13. Осуществлять ежедневный контроль за наличием необходимого количества лекарственных препаратов в аптеке для оказания экстренной помощи.

14. Своевременно вносить изменения в инструкции по санитарно-эпидемиологическому режиму, способам подготовки рук к работе и т. д.

15. Осуществлять контроль за работой санитарки кабинета.

16. Соблюдать требования по проведению стерилизации в сухожаровом шкафу и ведение соответствующей документации.

17. Обеспечить контроль за рациональным использованием инструментария кабинетов, правильный учет, своевременное получение и возврат шприцев в ЦСО, правильную их транспортировку. Своевременно проводить замену пришедшего в негодность медоборудования, инструментария.

18. Обеспечить правильные условия хранения лекарственных препаратов, растворов и сывороток в кабинете.

19. Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности на своем рабочем месте, в рабочее время не отлучаться с отделения без ведома старшей медсестры, не оставлять процедурный кабинет, уходя домой, не запертым на ключ. Сдавать ключи палатной медсестре поста, ответственного за работу кабинета в вечернее или ночное время.

20. Постоянно совершенствовать свои медицинские знания путем чтения специальной литературы, участия в производственной учебе в отделении, общебольничных сестринских конференциях, лекциях, не реже чем через 5 лет проходить циклы специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации, принимать участие в подготовке медсестер отделения для работы в процедурном кабинете.

III. Права

1. Имеет право получать необходимую для своей работы информацию.

2. Вносить предложение по совершенствованию работы кабинета.

3. Делать замечания медицинскому персоналу отделения, не соблюдающему (нарушающему) правила работы кабинета как в

дневное, так и в ночное время, доводить эти замечания до заведующего отделением, старшей медсестры.

4. Проходить аттестацию (переаттестацию) для получения квалификационной категории.

5. Вносить предложения о поощрении и наложении взысканий на санитарку кабинета.

6. Знакомиться с актами проверки работы кабинета и в случае несогласия вносить в них свои замечания и предложения.

7. Принимать участие в производственных совещаниях процедурных медсестер.

IV. Ответственность

1. За правильную организацию работы процедурного кабинета в течение круглых суток.

2. За своевременное выполнение назначений врача по проведению процедур.

3. За выполнение санитарно-эпидемиологического режима на своем рабочем месте, правил асептики и антисептики.

4. За обеспечение кабинета в течение суток необходимым количеством инструментов, лекарственных препаратов, растворов, стерильного материала для выполнения процедур.

5. За соблюдение условий и правил хранения лекарственных препаратов, инвентаря, инструментов, оборудования кабинета.

6. За качественное ведение документации кабинета и проведении отметок о выполненных процедурах.

7. За правильную организацию работы санитарки кабинета.

Должностная инструкция палатной медицинской сестры отделения стационара*

I. Общие положения

На должность палатной медицинской сестры принимаются лица, имеющие законченное среднее медицинское образование и допущенные к медицинской деятельности в данной должности в установленном законом порядке. Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению главной медицинской сестры. Перед поступлением на работу проходят обязательное медицинское обследование в цеховой службе областной больницы.

Палатная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения. Работает под руководством ординатора отделе-

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

ния и старшей медицинской сестры, а в период их отсутствия — дежурного врача. В непосредственном подчинении у палатной медсестры находятся санитарки-уборщицы обслуживаемых ею палат.

Палатная медицинская сестра отделения работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача соответствующего профиля, согласованному с профсоюзным комитетом. Изменение графика работы допускается только с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

II. Обязанности палатной медицинской сестры

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

Точно и четко выполнять все указания врачей и порученные ей медицинские манипуляции (разрешенные для выполнения среднему медицинскому работнику).

Постоянно совершенствовать свои медицинские знания путем чтения специальной литературы, посещения и участия в производственной учебе на отделении и в больнице, обучаясь не реже 1 раза в 5 лет на курсах усовершенствования для средних медицинских работников, по профилю выполняемой работы, владеть всеми смежными специальностями отделения, для обеспечения полной взаимозаменяемости медицинских сестер.

Строго руководствоваться в работе принципами медицинской деонтологии, этики, сохранять медицинскую тайну.

Медицинская сестра обязана звонить:

01 — при пожаре

02 — милиция

03 — скорая помощь

04 — горгаз

В вечернее время о всех чрезвычайных происшествиях звонить ответственному дежурному врачу по больнице, знать, по какому телефону он находится.

Ключи от пожарных лестниц должны находиться в определенном месте на посту у медицинской сестры.

Проход на лестницу должен быть свободен.

Должна знать телефоны:

Дежурного врача приемного отделения —

Заведующего отделением (домашний телефон) —

Старшей медсестры отделения (домашний телефон) —

Палатная медицинская сестра отделения обязана осуществлять:

— прием вновь поступивших больных в отделение;

— осмотр на наличие педикулеза (контроль за работой приемного отделения больницы), общее гигиеническое состояние больного (проведение ванны, смена белья, стрижка ногтей и т. д.);

— транспортировка или сопровождение больного в палату, обеспечение сразу же при поступлении индивидуальными предметами ухода, стаканом, ложкой для приема воды (лекарства);

— знакомство с расположением помещений отделения и правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;

— сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т. д.) и организация своевременной отправки их в лабораторию: своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;

— подготовку историй болезни, направление больных по назначению врачей на клинико-диагностические, функциональные исследования, в операционные, перевязочные и в случае необходимости их транспортировку, совместно с младшим медицинским персоналом отделения, контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;

— подготовку полотенца, дезинфицирующего средства для дезинфекции рук врача, непосредственное участие в обходе больных врачом-ординатором или дежурным врачом, сообщение им сведений об изменениях в состоянии здоровья больных;

— измерение температуры тела больным утром и вечером, а по назначению врача и в другое время дня, запись температуры в температурный лист, счет пульса и дыхания, измерение суточного количества мочи, мокроты, внесение этих данных в историю болезни;

— плановое наблюдение, организация ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактика пролежней;

— активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья — нательного и постельного;

— личная явка к больному по первому его зову;

— контроль за выполнением пациентом установленного врачом режима питания, соответствием продуктов, принесенных больному родственниками, разрешенному ассортименту, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников в палатах;

— составление порционных требований на диетстолы старшей медсестре для передачи их ею для приготовления диетпитания;

— раздачу пищи пациентам отделения, кормление больных;

— контроль за выполнением правил работы младшим обслуживающим персоналом;

— отметки в листе врачебных назначений об их выполнении, с росписью за выполнение каждого назначения;

— гуманное, тактичное поведение у агонирующих больных, правильное документальное оформление, укладка и передача трупа умершего для транспортировки в патолого-анатомическое отделение. Обслуживание больных в этот период поручается медицинскому персоналу другого поста;

— непосредственное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и населения на санитарно-гигиенические темы, правила ухода за больными, профилактику заболеваний, здоровый образ жизни и т. д.;

— прием и передача пациентов ТОЛЬКО у постели больного;

— регулярный, не реже 1 раза в 7 дней, осмотр больных на наличие педикулеза, с отметкой об этом в соответствующем документе, организация (в случае необходимости) противопедикулезных мероприятий;

— ежедневно утром передача старшей медицинской сестре списка требуемых на пост лекарственных препаратов, предметов ухода за больными, а также и в течение смены;

— составление в ночное время списков пациентов своего поста, сведений о них по утвержденной в больнице схеме, передача их утром в приемное отделение больницы для справочного бюро (8.00);

— проводит кварцевание палат, закрепленных за постом, других помещений, согласно графику, разработанному старшей медицинской сестрой отделения, совместно с врачом-эпидемиологом больницы;

— палатная медицинская сестра работает без права сна и не может отлучаться с отделения без разрешения старшей медсестры или заведующего отделением, а в период их отсутствия — дежурного врача;

— обязана знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния больного, неотложных состояниях, обеспечить правильную и быструю транспортировку.

III. Палатная медицинская сестра обязана уметь:

1. Наблюдать за состоянием больного и правильно оценивать его.

2. Накладывать асептические повязки на раны и ожоговые поверхности.

3. Останавливать наружные кровотечения.

4. Проводить транспортную иммобилизацию.

5. Накладывать гипсовые повязки (после специальной подготовки).

6. Накладывать повязку при открытом пневмотораксе.

7. Определять групповую принадлежность крови.

8. Выполнять внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции.

9. Трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, аутогемотерапию.

10. Искусственное дыхание с использованием соответствующих аппаратов.

11. Непрямой массаж сердца.

12. Проводить промывание желудка, взятие желудочного сока, дуоденального содержимого.

13. Проводить постановку клизм: очистительной, питательной, лекарственной, капельной: сифонной — под руководством и наблюдением врача.

14. Вводить газоотводные трубки.

15. Катетеризировать мочевой пузырь мягким резиновым катетером.

16. Промывать мочевой пузырь.

17. Спринцевать влагалище.

18. Проводить постановку горчичников, пиявок, компрессов.

19. Втирать лекарственные вещества.

20. Измерять артериальное давление.

21. Проводить функциональные пробы, физиопроцедуры, электрокардиографические исследования (после специальной подготовки).

22. Проводить подготовку больных к рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям.

23. Проводить сбор материала для лабораторного исследования, включая мазки из зева и половых органов.

24. Проводить дезинфекцию и подготовку к стерилизации (в случае необходимости) инструментов, оборудования, предметов ухода, закрепленных за постом.

25. Проведение (по назначению врача после специальной подготовки) кожных проб.

26. Четко и грамотно вести закрепленную за постом медицинскую документацию.

27. Ассистировать врачу при различных процедурах и манипуляциях.

28. Проводить правильную подготовку трупов для передачи в патолого-анатомическое отделение.

29. Владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.

IV. Ответственность

Палатная медицинская сестра несет непосредственную ответственность за:

1. Своевременное и качественное выполнение назначений лечащего и дежурного врача.

2. За организацию ухода за больными.

3. За ведение медицинской документации на своем рабочем месте.

4. За соблюдение санитарно-противоэпидемического режима при выполнении своих обязанностей.

5. За соблюдение правил приема лекарств больными, учета лекарственных препаратов на посту, соблюдение условий хранения.

6. За своевременную и четкую информацию лечащего или дежурного врача об ухудшении состояния пациента, осложнениями, возникшими в результате проведения медицинских манипуляций.

7. Соблюдение больными назначенного врачом режима.

8. Качественную и своевременную подготовку больных к различного вида исследованиям, процедурам, операциям.

9. Правильную транспортировку больных внутри отделения в соответствии с диагнозом и состоянием.

10. Сохранность медицинской тайны.

11. Правильную работу и выполнение обязанностей закрепленной за постом санитарки.

12. Сохранность медицинского и хозяйственного инвентаря поста.

13. За соблюдение пациентами, посетителями правил внутреннего распорядка.

V. Права

1. Имеет право делать замечания пациенту обслуживаемых ею палат о несоблюдении им рекомендаций врача и режима учреждения.

2. Вносить предложения заведующему отделением, старшей медсестре о поощрении санитарки поста или наложении ей взыскания.

3. Получать необходимую для четкого выполнения своих обязанностей информацию.

4. Требовать от старшей медсестры отделения обеспечения поста необходимым инвентарем, инструментарием, предметами ухода за больными и т. д.

5. Вносить предложения по совершенствованию работы медсестер отделения.

6. Проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

7. Участвовать в мероприятиях, проводимых для средних медработников больницы.

Должностная инструкция сестры-хозяйки отделения стационара*

I. Общие положения

1. На должность сестры-хозяйки отделения принимаются лица, имеющие среднее образование, обладающие организаторскими способностями и хозяйственными навыками.

2. Принимаются и увольняются главным врачом больницы по представлению заведующего отделением и старшей медсестры больницы по работе с младшим медицинским персоналом.

3. Перед поступлением на работу проходят медицинский осмотр в цеховой службе больницы.

4. Сестра-хозяйка отделения находится в непосредственном подчинении старшей медсестры отделения, заведующего и старшей медсестры больницы по работе с младшим медицинским персоналом.

5. В своей работе руководствуется данной инструкцией, указаниями и распоряжениями руководства отделения и старшей медсестры больницы по работе с младшим медицинским персоналом.

6. Работает по графику, составленному старшей медсестрой, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача и согласованному с комитетом профсоюза больницы.

II. Обязанности сестры-хозяйки отделения

1. В обязанности сестры-хозяйки входит руководство и контроль за работой санитарок и уборщиц по содержанию в чистоте и порядке больных и всех помещений отделения.

2. Является старшим наставником младшего медицинского персонала отделения.

3. Организует проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий.

4. В свое рабочее время сестра-хозяйка организует проведение текущих и генеральных уборок всего отделения.

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

5. Следит за тем, чтобы в отделении в течение круглых суток было чистое белье, которое должно храниться у палатных санитарок и передаваться по смене.

6. Ведет прием, хранение белья, прочего мягкого и твердого инвентаря, а также отпуск его в отделение.

7. Принимает у санитарок использованное белье, сдает его в дезинфекцию и стирку.

8. Ведет учет мягкого и твердого инвентаря, делает на нем метку отделения (инвентарный номер).

9. Готовит пришедшее в негодность белье к списанию и после согласования с заведующим отделением и старшей медсестрой представляет его на комиссию для списания.

10. Производит по графику сдачу белья и прием его из прачечной.

11. Организует ремонт мягкого и твердого инвентаря отделения.

12. Подглаживает халаты, головные уборы, спецодежду сотрудникам отделения.

13. Следит за постоянным наличием дезинфицирующих средств в отделении, в случае их отсутствия организует их получение и доставку.

14. Следит за наличием четкой маркировки на уборочном инвентаре, посуде, емкостях для дезинфекции, наличием бирок с датой приготовления дезинфицирующих средств и организует проведение маркировки санитарками.

15. Готовит тапочки выписавшихся пациентов, все необходимое для их дезинфекции и вызывает дезинфектора.

16. В случае неисправности электросетей, водопровода, канализации, средств оргтехники, связи, телевизоров, холодильников и т. д. организует вызов специалистов по ремонту в соответствии с установленными в больнице правилами.

17. Ежедневно наблюдает за содержанием в чистоте и порядке всех помещений отделения: палат, подсобных помещений, мест хранения инвентаря отделения.

18. Обеспечивает эстетическое содержание, уют и культуру интерьера отделения.

19. Совместно со старшей медсестрой составляет график генеральных уборок помещений отделения, обеспечивает персонал всем необходимым для проведения текущих и генеральных уборок и контролирует его выполнение.

20. Вызывает дезинфектора для проведения дезинфекционных мероприятий в случае выявления в отделении инфекционного больного.

21. По установленной форме ведет ведомость движения мягкого и твердого инвентаря отделения, периодически сверяя сведения с учетом в бухгалтерии.

22. Принимает непосредственное участие в организации и проведении ремонта отделения.

23. Отвечает за хорошее оснащение и оборудование помещений отделения.

24. Организует получение одежды выписывающимся из отделения.

25. В случае необходимости организует благоустройство и содержание в чистоте закрепленного за отделением участка территории больницы, обеспечивает персонал отделения необходимым инвентарем для проведения благоустройства.

26. Получает канцтовары для нужд отделения.

27. Обязана иметь опрятный внешний вид, носить спецодежду, соответствующую требованиям эстетики и санэпидрежима данного отделения.

28. Тактично и вежливо общаться с больными.

29. Строго соблюдать правила внутреннего распорядка. В рабочее время не имеет права отлучаться из отделения без разрешения старшей медсестры или заведующего.

III. Права

1. Имеет право контролировать работу младшего медицинского персонала, делать замечания в случае недобросовестного выполнения ими функциональных обязанностей, вносить предложения заведующему отделением о наложении взысканий.

2. Вносить предложения о поощрении младших медицинских работников отделения за достижение ими лучших показателей в работе.

3. Внедрять элементы НОТ, передового опыта в своей работе и работе младшего персонала.

4. Подавать заявки (подписанные заведующим отделением и старшей медсестрой) старшей медсестре больницы по работе с младшим персоналом на обеспечение отделения необходимым количеством мягкого и твердого инвентаря, посуды, моющих и дезинфицирующих средств, канцтоваров.

5. Получать информацию, необходимую для правильной организации своего труда и работы младшего медицинского персонала.

6. Подписывать документы об устранении неполадок водопроводной, электрической сетей, проведении других ремонтных работ в отделении, согласно поданной заявке.

7. Систематически повышать деловую квалификацию путем участия в занятиях для младшего персонала отделения больницы, семинарах для сестер-хозяек, смотрах-конкурсах.

8. Участвовать в работе совета сестер-хозяек больницы.

IV. Ответственность

1. За состояние, учет, хранение и использование мягкого и твердого инвентаря отделения, посуды.

2. За эстетическое, санитарное состояние и содержание всех помещений отделения, одежды и белья больных.

3. За соблюдение правил техники безопасности, противопожарной безопасности на своем рабочем месте и рабочих местах младшего медицинского персонала.

4. За обеспечение отделения мягким, твердым инвентарем, посудой, канцтоварами, дезинфицирующими и моющими средствами.

5. За регулярность смены спецодежды персонала отделения, белья пациентов согласно графику.

6. За организацию работы младшего медицинского персонала отделения.

7. За сдачу и получение в отделении белья со штампами больницы.

Должностная инструкция палатной санитарки*

I. Общие положения

1. На должность палатной санитарки принимаются лица после предварительного медицинского осмотра, годные по состоянию здоровья к работе в лечебном учреждении.

2. Принимаются и увольняются главным врачом больницы.

3. Палатная санитарка находится в непосредственном подчинении у палатной медицинской сестры, сестры-хозяйки.

4. В своей работе руководствуется данной должностной инструкцией, указаниями палатной медицинской сестры и сестры-хозяйки.

5. Работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача больницы и согласованному с комитетом профсоюза больницы. Изменения графика работы допускаются только с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

II. Обязанности палатной санитарки

Палатная санитарка обязана:

1. Не реже 2 раз в день (утром и вечером) производить тщательную влажную уборку закрепленных за нею палат и других

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

помещений отделения, а также в любое время суток в случае необходимости.

2. Строго соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим при проведении влажной уборки и выполнении других, закрепленных за нею обязанностей под контролем палатной медицинской сестры и сестры-хозяйки.

3. При проведении влажной уборки обтирать пыль на подоконниках, окнах, кроватях, стульях, светильниках и других предметах, находящихся в данном помещении.

4. После завтрака, обеда и ужина тщательно промывать поверхности прикроватных тумбочек больных, столов в палатах, холодильников, производить сбор использованной посуды из палат.

5. 2 раза в сутки чистить раковины, ванны, унитазы в закрепленных за нею помещениях, с применением специальных чистящих средств.

6. Систематически поддерживать чистоту дверей, дверных проемов как с внутренней стороны палат, так и снаружи.

7. Мыть руки лежачим больным с мылом перед приемом пищи, помогать утром и вечером чистить зубы, умываться, причесываться.

8. Постоянно следить за чистотой белья у больных, находящихся на постельном режиме, своевременно менять загрязненное белье, следить за отсутствием складок, крошек на простынях.

9. Ежедневно (не реже 4 раз в сутки) по графику, составленному заведующим отделением и старшей медсестрой, проветривать помещения отделения.

10. Следить за чистотой графинов, чайников для питьевой воды, находящихся в палатах, своевременно наполняя их водой.

11. Поддерживать в чистоте стаканы, чайные ложки у лежачих больных.

12. Принимать участие в транспортировке лежачих больных в операционные, перевязочные, другие кабинеты для обследования и лечения, строго соблюдая правила транспортировки.

13. Содержать в постоянной чистоте, сухом и опрятном виде предметы индивидуального ухода у лежачих больных: судна, мочеприемники, плевательницы, подкладные круги и судна, грелки, пузыри для льда и т. д.

14. Поддерживать надлежащее санитарное состояние холодильников в закрепленных за нею палатах.

15. Следить за сохранностью и правильным использованием закрепленного за нею мягкого и твердого инвентаря, передавая его ежедневно на смене под роспись.

16. Оказывать помощь палатной медсестре при выполнении ею процедур и манипуляций: промывании желудка, постановке различного вида клизм, горчичников, подмывании больных и т. д.

17. Доставлять по заданию палатной медсестры материал в лабораторию для исследования.

18. Принимать участие в передаче трупов умерших в прозекторскую в случае смерти больного в отделении.

19. В вечернее и ночное время обеспечивать чистоту не только в палатах, но и в санузлах, коридорах, холлах, бытовых комнатах персонала, закрепленных участках лестницы.

20. Систематически, по мере накопления, выносить в мусоросборник мусор.

21. Постоянно, в соответствии с правилами санэпидрежима, проводить дезинфекцию ветоши, емкостей для уборок, мусоросборников, поддерживая их в опрятном, чистом виде, проводить регулярную маркировку на инвентаре и ветоши.

22. Систематически, по графику (не реже 1 раза в месяц) проводить генеральную уборку в закрепленных палатах. Во время проведения уборки необходимо:

а) тщательно мыть окна, рамы, батареи, стены, плинтуса;

б) теплыми мыльными растворами (а в случае необходимости и с применением дезинфицирующих средств) мыть тумбочки, столы, стулья, кровати, табуретки, двери и проемы, кафельные плитки, зеркала, раковины, холодильники и др. предметы твердого инвентаря, имеющиеся в палате;

в) выбить и вытряхнуть постельные принадлежности, в случае необходимости направлять их в дезинфицирующую камерную обработку.

23. Обязана иметь опрятный внешний вид, носить одежду и спецодежду, соответствующие требованиям эстетики и санэпидрежима данного отделения.

24. Вежливо и внимательно выслушивать просьбы больных, обеспечивать правильный уход и культуру обслуживания.

25. В свободное от выполнения основной работы время должна находиться на своем посту, не отлучаться с рабочего места без разрешения палатной медсестры. Работает без права сна.

26. О замеченном ею ухудшении состояния больного, нарушениях правил внутреннего распорядка, режима немедленно докладывать палатной, старшей медсестре отделения, врачам, заведующему отделением.

III. Имеет право

1. Постоянно совершенствовать свой труд, культуру обслуживания больных.

2. Систематически повышать свою квалификацию путем посещения занятий для младшего персонала отделения, участия в семинарах, конкурсах санитарок.

IV. Ответственность

1. За сохранность мягкого и твердого инвентаря на закрепленном за нею посту и передачу его по смене.

2. За соблюдение образцового санитарного состояния и лечебно-охранительного режима на своем посту.

3. За соблюдение правил охраны труда и техники безопасности на своем рабочем месте.

Должностная инструкция санитарки-буфетчицы отделения*

I. Общие положения

1. На должность санитарки-буфетчицы принимаются лица, годные по состоянию здоровья к работе в данной должности в ЛПУ.

2. Принимаются и увольняются главным врачом больницы после прохождения предварительного медицинского осмотра и обследования, в соответствии с действующими правилами.

3. Санитарка-буфетчица отделения находится в непосредственном подчинении у сестры-хозяйки и старшей медсестры отделения.

II. Обязанности санитарки-буфетчицы

1. Получение продуктов питания и пищи в отделении лечебного питания и правильная доставка их для раздачи в отделение.

2. Непосредственная раздача пищи и продуктов больным согласно предписанным врачом диетам с соблюдением правильного порционирования и эстетического вида пищи.

3. Точное знание количества, состава диет отделения, количества больных к часу раздачи пищи.

4. Подогрев и подача пищи больным, которые в часы раздачи пищи находились на исследованиях, процедурах (хранение пищи после приготовления — не более 2 часов).

5. Получение сухого завтрака (масло, чай, сахар и т. д.) на продовольственном складе в определенное отделению время, дополучение — на вновь поступивших с 16.30 до 17.00.

6. Приготовление чая, других напитков и несложных блюд (яйца всмятку, манная каша).

7. Сбор использованной посуды из столовой отделения.

8. Сбор, правильное хранение, своевременный вынос пищевых отходов из помещения в специально выделенное место.

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

9. Дезинфекция, мытье, просушка, хранение посуды для кормления в соответствии с действующими правилами.

10. Обеспечение через сестру-хозяйку раздаточной необходимым количеством посуды для кормления больных (из расчета по одному комплекту на каждого больного), наличие посуды, соответствующей требованиям санэпидрежима (не отколотая, без трещин, ржавчины и т. д.).

11. Регулярное проведение маркировки на посуде, емкостях для уборки, наличие крышек.

12. Наличие уровней на емкостях для дезинфекции и мытья, мерной посуды для дезинфицирующих моющих средств.

13. Правильная дезинфекция посуды, инвентаря, ветоши, столов, холодильников и т. д. (после прохождения специального инструктажа).

14. Развеска сахара, масла каждому больному на весах, разноска по палатам и в столовую на индивидуальных тарелочках.

15. Подогрев, заварка и разноска чая по палатам.

16. Влажная уборка раздаточной и столовой после каждого приема пищи (в специально выделенной одежде).

17. Генеральная уборка раздаточной и столовой (не реже 1 раза в неделю).

18. Выделение отдельной посуды для палат с выявленным инфекционным больным.

19. Ежедневная личная роспись за полученную пищу в раздаточной ведомости.

20. Прохождение, при поступлении на работу, сантехнического минимума со сдачей зачета, в последующем — по плану врача-диетолога.

21. Ежеквартальное (плановое) и по эпидпоказаниям, внеплановое обследование состояния здоровья, для разрешения допуска к работе в данной должности. Санитарная книжка хранится постоянно на рабочем месте в раздаточной.

22. Санитарка-буфетчица должна быть опрятной, одетой в соответствии с требованиями эстетики и санэпидрежима. Для транспортировки пищи, раздачи, уборки помещения иметь разную одежду.

23. Должна быть вежлива и тактична с больными.

24. Постоянно соблюдать правила личной гигиены, коротко стричь ногти, не вносить в помещение раздаточной посторонних предметов, личную одежду, не разрешать находиться в раздаточной посторонним лицам, перед туалетом — снимать спецодежду.

III. Права

1. Имеет право постоянно совершенствовать культуру и качество обслуживания.

2. Внедрять в работу элементы НОТ.

3. Требовать от работников пищеблока выдачи блюд, соответствующих выписанными старшей медсестрой диете и количеству.

4. Повышать деловую квалификацию путем участия в семинарах, проводимых диетврачом, других формах совершенствования профессиональных знаний.

IV. Ответственность

1. Несет непосредственную ответственность за культуру и качество раздачи пищи в отделении.

2. За соблюдение норм выдачи пищи, сухого завтрака.

3. За соблюдение санэпидрежима на своем рабочем месте.

4. За соблюдение техники безопасности и противопожарной безопасности на своем рабочем месте.

5. За сохранность инвентаря и посуды столовой и раздаточной, содержание их в исправном состоянии и правильное использование.

Должностная инструкция санитарки-ваннщицы отделения стационара*

I. Общие положения

1. На должность санитарки-ваннщицы принимаются лица после предварительного медицинского осмотра, годные по состоянию здоровья к работе в ЛПУ в данной должности.

2. Принимаются и увольняются главным врачом по представлению заведующего отделением.

3. Санитарка-ваннщица находится в непосредственном подчинении у сестры-хозяйки и старшей медсестры отделения.

4. В своей работе руководствуется данной должностной инструкцией, а также указаниями сестры-хозяйки и старшей медсестры отделения.

II. Обязанности санитарки-ваннщицы

1. Организация и проведение гигиенических ванн больным, находящимся на лечении в отделении.

2. Создает необходимые условия для гигиенических ванн больным, обслуживающим себя самостоятельно:

а) поддерживает чистоту и порядок в ванных комнатах отделения;

б) ежедневно (не менее 2 раз) проводит влажную уборку ванных комнат с обтиранием пыли.

---

* Данные должностные инструкции утверждены главным врачом Вологодской областной больницы № 1 и согласованы с профсоюзным комитетом больницы в декабре 1995 г.

3. Производит дезинфекцию и обеспечивает правильное хранение мочалок для мытья больных.

4. Проводит дезинфекцию и мытье ванной после каждой помывки.

5. Не реже одного раза в месяц проводит генеральную уборку ванных комнат, постоянно проводит маркировку на инвентаре ванной комнаты.

6. Мытье больных проводит по графику, согласованному с лечащими врачами, через 7 дней с момента поступления, каждого больного перед операцией, в отдельных случаях — по индивидуальному указанию врача.

7. Проводит частичную или полную гигиеническую ванну лежачим больным совместно с палатной медсестрой и санитаркой отделения по назначению врача.

8. Не реже одного раза в 7 дней производит стрижку ногтей больным, находящимся на постельном режиме, на руках и, по мере отрастания, на ногах.

9. Производит смену нательного и постельного белья больным после принятия пациентом ванны.

10. Совместно с палатными медсестрами проводит (один раз в 7 дней) осмотры больных на наличие педикулеза и в случае его выявления дает сведения в приемное отделение, принимает участие в проведении противопедикулезных мероприятий.

11. Представляет палатным медсестрам сведения о больных, которым проведена гигиеническая ванна и смена белья, для внесения соответствующих данных в историю болезни.

12. Следит за наличием и исправностью необходимого оборудования, инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств в ванной комнате, ее эстетическим содержанием и своевременно дает заявки сестре-хозяйке отделения на проведение необходимого ремонта, устранение неисправности, пополнение необходимыми для организации помывки средствами.

13. Оказывает помощь сестре-хозяйке отделения в заправке кроватей перед поступлением больных чистыми постельными принадлежностями, смене белья больным в случае загрязнения.

14. Принимает участие в транспортировке грязного белья в пункт сдачи совместно с сестрой-хозяйкой.

15. В отдельных случаях (по указанию старшей медсестры) оказывает помощь сестре-хозяйке отделения в выполнении других хозяйственных поручений.

16. Санитарка-ваннщица должна иметь опрятный внешний вид, соответствующий требованиям эстетики и санэпидрежима данного отделения, вежливо и тактично обращаться с больными.

III. Имеет право

1. Постоянно совершенствовать свой труд, культуру обслуживания.

2. Систематически повышать деловую квалификацию путем посещения занятий для младшего медицинского персонала.

IV. Ответственность

1. За культуру и качество проводимых ею процедур.

2. За соблюдение санитарно-противоэпидемического режима на своем рабочем месте.

3. За соблюдение правил техники безопасности и противопожарной безопасности на рабочем месте.

5. Графики работы медицинских сестер

Расчет месячной нормы выработки постовой медицинской сестры приводится в табл. 1.

Таблица 1

Расчет месячной нормы выработки

Продолжительность рабочей недели (в час)	Число дней отпуска (по шестидневной рабочей неделе)			
	24	28	30	36
36	1663,2	1639,2	1627,2	1591,2
38,5	1778,7	1753,0	1740,2	1701,7
40	1841,0	1814,3	1801,2	1761,0

На основании этих данных может быть рассчитано число должностей среднего и младшего медицинского персонала при разных режимах труда и отдыха для обеспечения работы круглосуточного поста (табл. 2).

Таблица 2

Число должностей среднего и младшего медицинского персонала для обеспечения работы круглосуточного поста

Продолжительность рабочей недели (в час)	Число дней отпуска (по шестидневной рабочей неделе)			
	24	28	30	36
36	5,267	5,344	5,383	5,505
38,5	4,925	4,997	5,034	5,148
40	4,758	4,828	4,864	4,974

Использование данных табл. 2 и значений нормативного показателя в числе коек на 1 пост позволит провести расчеты по необходимому числу должностей в каждом учреждении здравоохранения.

Пример расчета*. В отделении на 30 коек и нормативном показателе в числе коек на 1 пост медицинской сестры, составляющем 20 коек, и значении числа должностей медицинских сестер для обеспечения одного круглосуточного поста, равного 4,925 должностей (при 38,5-часовой рабочей неделе и 24-дневном отпуске) по табл. 2, необходимо 7,388 должностей медицинских сестер.

$x = 4{,}925 \times 30 : 20 = 7{,}388$ должностей.

При составлении графиков работы среднего и младшего медицинского персонала старшей медицинской сестре следует учитывать следующие обстоятельства.

Во-первых, установленные в учреждении правила внутреннего трудового распорядка, разрабатываемые на основе соответствующих отраслевых правил. В них определяется время начала, окончания работы, перерывы на обед и продолжительность смен. В тех случаях, когда по характеру работы нельзя предоставить обеденный перерыв (с возможностью покинуть рабочее место), предусматривается время для приема пищи непосредственно на рабочем месте. В учреждениях здравоохранения разрешается работа до 12 часов в смену. Смена большей продолжительности до 24 часов может быть установлена только с согласия работника и профсоюзного органа.

Во-вторых, при составлении графиков работы следует учитывать разную нагрузку персонала в дневное и ночное время, которая, как правило, определяется в каждом конкретном учреждении, кроме тех случаев, когда в штатных нормативах, например, в детских санаториях, указывается дифференцированный норматив в дневное и ночное время. В штатных нормативах медицинского персонала больничных учреждений указывается, что «... показатели (число коек на 1 должность, 1 пост и т.п.), которые используются в нормативах для расчета должностей персонала, не являются нормами нагрузки (обслуживания). Последние устанавливаются руководителями учреждений по согласованию с профсоюзными органами с учетом тяжести больных, времени работы (днем, ночью). Например,... нормы нагрузки (обслуживания)... медицинским сестрам и санитаркам (палатным) должны уменьшаться в дневное время и увеличиваться в вечернее и ночное время».

6. Работа в ночное время и праздничные дни

Большинство постовых сестер работает сменами, включая как дневное, так и ночное время, праздничные дни.

Ночным считается время с 22.00 до 6.00 часов утра.

---

* Использованы расчеты, произведенные В. М. Шиповой.

К работе в ночное время не допускаются: беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет; работники моложе 18 лет.

Инвалиды могут привлекаться к работе в ночное время только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями.

Работа в ночное время оплачивается в повышенном размере, устанавливаемом действующими условиями оплаты труда. Повышенная оплата работы в ночное время реализуется с помощью доплат к часовой тарифной ставке (должностному окладу).

Так, в соответствии с п. 5.1. Положения об оплате труда работников здравоохранения РФ, работникам здравоохранения РФ, работникам учреждений здравоохранения, независимо от занимаемой должности, а также водителям санитарного автотранспорта, состоящим в штате автотранспортных предприятий и других организаций, доплата за работу в ночное время производится в размере 50 процентов часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час работы в ночное время:

— рабочим из расчета часовой тарифной ставки (оклада);

— медицинским, фармацевтическим работникам, специалистам и служащим из расчета должностного оклада по занимаемой должности, и той и другой категории работников — с учетом повышения за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда.

В каждом учреждении здравоохранения должен быть составлен и утвержден руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом Перечень подразделений (должностей) работников, которым с учетом конкретных условий работы может производиться доплата за работу в ночное время в размере 100 процентов часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час работы в ночное время.

К числу медицинского персонала учреждений здравоохранения, занятого оказанием экстренной и неотложной медицинской помощи (кроме выездного персонала станций, отделений скорой медицинской помощи), которым за работу в ночное время производится доплата в размере 100 процентов часовой тарифной ставки, например, может быть отнесен персонал приемного покоя (отделения больницы) травматологического пункта (как при больнице, так и при поликлинике), пункта (отделения) неотложной помощи поликлиники, операционного блока, отделения (группы) анестезиологии-реанимации, отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии, а также дежурные на дому из числа врачебного и среднего медицинского персонала, доплата за работу в ночное время которым будет производиться за время, затраченное ими на оказание медицинской помощи в учреждении здравоохранения, в случае их вызова из дома.

Но даже и в отношении медицинского персонала приемного покоя (отделения), травматологического пункта и др., вопрос об установлении указанному персоналу 100-процентной доплаты за работу в ночное время вместо 50-процентной решается исходя из конкретных условий работы структурного подразделения.

Оплата работы в праздничные дни производится не менее чем в двойном размере:

— сдельщикам — не менее чем по двойным сдельным расценкам;

— работникам, труд которых оплачивается по часовым и дневным ставкам, — в размере не менее чем двойной часовой или дневной ставки;

— работникам, получающим должностной оклад, — в размере не менее одинарной часовой или дневной ставки сверх оклада, если работа в праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени, и в размере не менее двойной часовой или дневной ставки сверх оклада, если работа производилась сверх месячной нормы.

С согласия работника денежная компенсация может быть заменена предоставлением другого дня отдыха.

Если рабочий работает в смену, которая частично переходит в праздничный день и в ночное время, в двойном размере оплачиваются только те часы фактической работы, которые совпали с праздничным днем. Оплата за работу в ночное время производится по существующим нормам, без удвоения доплат. Часы сверхурочной работы в праздничный день оплачиваются в двойном размере.

7. Заместительство, совмещение профессий и должностей, совместительство в работе медицинских сестер *

В работе медицинских сестер палатных отделений широко используется временное заместительство, совмещение профессий и должностей, а также совместительство.

Заместительство

Временным заместительством считается исполнение обязанностей по должности временно отсутствующего работника, когда это вызвано производственной необходимостью или связано с распорядительными функциями.

Временное исполнение обязанностей по должности отсутствующего работника возлагается на другого работника приказом (распоряжением) по учреждению, организации (предприятию).

---

* Раздел подготовлен по материалам В. Н. Басилия.

Замещающему работнику, заместительство которого связано с распорядительными функциями, выплачивается разница в должностных окладах, с учетом квалификационных признаков замещающего.

Например: *врач-терапевт, имеющий высшую категорию, почетное звание «Заслуженный врач РФ» и ученую степень кандидата медицинских наук, замещает отсутствующего заведующего отделением, не имеющего квалификационной категории, ученой степени и почетного звания, оклад которого устанавливается исходя из 12 разряда ЕТС, сформированного из оклада врача-терапевта 11 разряда с повышением на один разряд за заведование, так как число врачебных должностей в отделении менее семи. Указанному врачу за время замещения отсутствующего заведующего отделением должен быть установлен 17 разряд оплаты труда (исходя из исходного 16 разряда врача, имеющего высшую категорию, почетное звание и ученую степень кандидата медицинских наук, повышенного на один разряд за заведование).*

Специалистам, в том числе медицинским и фармацевтическим работникам, рабочим, выполняющим наряду со своей работой в рабочее по основной должности время обязанности временно отсутствующего работника, может производиться доплата. Конкретный размер доплаты устанавливается исходя из фактически выполняемого объема дополнительной работы. Доплата исчисляется в процентах от должностного оклада замещающего, предусмотренного ЕТС, с учетом повышения оклада за опасные для здоровья и особо тяжелые условия труда. Для этих целей используют фонд заработной платы отсутствующего работника. Такая доплата устанавливается тогда, когда это экономически целесообразно и не может привести к ухудшению качества основной работы.

Продолжительность заместительства не может превышать одного месяца в течение календарного года, а с согласия работников может продолжаться и более длительный срок.

Вместо доплаты работнику, осуществляющему наряду со своей основной работой обязанности временно отсутствующего работника (в пределах рабочего времени по основной работе), может устанавливаться надбавка за интенсивность и напряженность в труде в порядке, предусмотренном действующими условиями оплаты труда работников здравоохранения.

Надбавки за интенсивность в труде начисляются на оклад (ставку), предусмотренный по соответствующему разряду ЕТС, и предельными размерами не ограничиваются. Указанные надбавки за интенсивность и напряженность в труде выплачиваются за счет экономии по фонду заработной платы учреждения. Штатным заместителям доплаты за выполнение обязанностей временно отсутствующего руководителя не производятся, так как в функциональные обязанности заместителя включается обязанность замещения временно отсутствующего руководителя. Но в то же время

заместителю распоряжением руководителя по согласованию с выборным профсоюзным органом может быть установлена надбавка за интенсивность и напряженность в труде.

Если замещение временно отсутствующего работника (особенно это касается врачей, среднего медицинского и фармацевтического персонала, младшего медицинского персонала и рабочих) требует дополнительной работы за пределами рабочего времени, оплата такого заместительства производится за фактически отработанное время по должности отсутствующего работника в ординарном размере, с учетом квалификационных признаков замещающего медицинского работника.

Например: *при замещении медицинской сестрой (палатной), имеющей высшую квалификационную категорию, обязанностей временно отсутствующей палатной медицинской сестры, не имеющей квалификационной категории, в связи с чем ей установлен 8 разряд оплаты труда ЕТС, оплата за фактически отработанное дополнительное время замещающей должна производиться из 11 разряда ЕТС.*

Такие выплаты (за замещение временно отсутствующего работника) в виде процентной доплаты, либо доплаты за фактически отработанное время по должности отсутствующего работника, либо в виде разницы в должностных окладах, производятся с первого дня издания приказа (распоряжения) о заместительстве, за весь период заместительства.

Назначение работника исполняющим обязанности по вакантной должности не считается временным заместительством. Такое назначение является переводом на другую работу и требуется согласие работника, поэтому освобождение от должности, по которой он исполняет обязанности, может иметь место в случаях, предусмотренных законодательством.

Если работник назначен исполняющим обязанности по должности, замещение которой требует согласования с вышестоящей организацией, то освобождение его от этой должности в случае неутверждения вышестоящей организацией должно быть произведено с предоставлением работы по квалификации и оплате не ниже той, которую работник выполнил до перевода.

При назначении работника, в том числе штатного заместителя, исполняющим обязанности по вакантной должности, оплата труда производится по этой должности.

Заместительство, которое осуществляется за пределами рабочего времени по основной работе, не следует смешивать с совместительством, поскольку последнее является работой по второму трудовому договору по вакантной должности и оплачивается из расчета установленного для этой должности оклада (ставки) пропорционально фактически выполненному объему работы по совмещаемой должности, но не может превышать установленных

законодательством объемов, например, не может быть больше половины месячной нормы рабочего времени, тогда как при заместительстве такого ограничения нет.

Совмещение профессий (должностей)

Совмещение профессий (должностей) — выполнение работником наряду со своей основной работой, обусловленной трудовым договором, дополнительной работы по другой профессии (должности) допускается в одном и том же учреждении, как в пределах одной категории работников, к которой относится данный работник, так и по должностям и профессиям, относящимся к разным категориям работников, без ограничения перечней совмещаемых профессий (должностей).

Перечень профессий (должностей) работников, по которым могут устанавливаться доплаты за совмещение профессий (должностей), утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом и **подлежит ежегодному переутверждению**. Доплаты за совмещение профессии (должности), увеличение объема работ или расширение зоны обслуживания, вернее, их размеры, зависят от объема совмещаемой профессии (должности), расширенной зоны обслуживания. При совмещении профессий (должностей) на выплату доплаты используется фонд заработной платы этой совмещаемой профессии (должности); при увеличении объема работ или расширении зоны обслуживания используется экономия фонда заработной платы по учреждению в целом.

Выполнение работником наряду со своей основной работой, обусловленной трудовым договором, дополнительной работы по другой профессии (должности) или дополнительной работы по своей же профессии, но в увеличенном объеме, т.е. расширяя зону обслуживания, осуществляется в течение установленной законодательством продолжительности рабочего дня (смены), если такая дополнительная работа не ведет к ухудшению его основной работы, т.е. имеется возможность ее осуществления на своем же рабочем месте.

Например, медицинская сестра (палатная) может совмещать обязанности палатной санитарки или младшей медицинской сестры по уходу за больными, врач-стоматолог может совмещать обязанности медицинской сестры стоматологического кабинета, и в этом случае на доплату мы используем, в первом случае, фонд заработной платы палатной санитарки или младшей медицинской сестры по уходу за больным, а во втором случае — фонд заработной платы медицинской сестры стоматологического кабинета. Но во всех случаях **такая доплата возможна, если она экономически целесообразна и не приводит к ухудшению основной работы**. Совмещение профессий (должностей), увеличение объема ра-

боты или расширение зоны обслуживания предполагает выполнение работ с меньшей численностью персонала.

При ухудшении показателей в работе или невыполнении работником принятых обязательств по совмещению профессии (должности), увеличению объема работы, доплаты отменяются без предупреждения работника. Поскольку эти доплаты носят временный характер и при заключении трудового договора не предусматривались в качестве одного из его условий, не требуется, чтобы работник был поставлен в известность за два месяца, предшествующих снятию доплаты (если иное не предусмотрено коллективным договором).

Доплаты за совмещение профессий (должностей) не устанавливаются в тех случаях, когда совмещаемая работа предусмотрена в нормах трудовых затрат, либо в функциональных обязанностях работника, либо поручается работнику в связи с недостаточной загруженностью и с внесенным изменением в должностную инструкцию. Но об изменениях, дополнениях, вносимых в должностную инструкцию, работник должен быть предупрежден письменно за два месяца, предшествующих этим изменениям или дополнениям к нагрузке.

Руководитель учреждения (предприятия), организации и его заместители, а также руководители структурных подразделений права на доплату за совмещение профессии (должности) не имеют. Если у руководителя увеличивается объем работы, так же как и у заместителя руководителя или руководителя структурного подразделения, такое увеличение может компенсироваться установлением надбавки за интенсивность и высокое качество труда, которые устанавливаются в порядке, предусмотренном действующими условиями оплаты труда работников здравохранения.

Совмещение профессий (должностей) не следует смешивать с совместительством, поскольку последнее является дополнительной работой по второму трудовому договору и требует отработки часов по совмещаемой должности.

Совмещение профессий (должностей), увеличение работы или расширение зоны обслуживания регулируются Постановлением Совета Министров СССР от 04.12.81 № 1145, большая часть которого в настоящее время не применяется, Постановлением Совета Министров СССР и ВЦСПС от 18.11.89 № 988, Постановлением Госкомтруда СССР и Секретариата ВЦСПС, согласованным с Минфином СССР от 11.06.90 № 229/9-44, в части, не противоречащей последующим нормативным актам Российской Федерации.

Работа главного врача учреждения здравоохранения и его заместителей — врачей по специальности в учреждении, в штате которого они состоят, осуществляется в пределах рабочего времени по основной должности и не является совмещением профессии (должности), поскольку права на доплату за такое совмещение

профессии (должности) они не имеют. Она (эта работа) оплачивается не в процентах от должности оклада главного врача (руководителя учреждения здравоохранения) или его заместителя — врача, а в размере до 25 процентов должностного оклада врача соответствующей специальности. Конкретный размер доплаты главному врачу или его заместителю — врачу за работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности определяется приказом по учреждению, т.е. приказом главного врача. Работа главного врача и его заместителей — врачей по специальности в пределах рабочего времени по основной должности, независимо от ее характера и объема, должна отражаться в соответствующих медицинских документах и, конечно, не табелироваться. Специального разрешения врачу-руководителю учреждения здравоохранения для выполнения такой работы со стороны вышестоящего органа управления не требуется. В то же время выполнение такой работы по специальности в свое рабочее время по основной должности не лишает права главного врача или его заместителя — врача работать по совместительству как по месту основной работы, так и в другом учреждении, с отработкой часов по совмещаемой должности, в объемах, установленных действующим законодательством.

Совместительство

Рабочие и служащие учреждений здравоохранения, наряду с основной работой, могут выполнять и дополнительную работу в свободное от основной работы время, в виде работы по совместительству. Работа по совместительству осуществляется в порядке, предусмотренном Постановлением Совета Министров СССР от 22.09.88 № 1111 «О работе по совместительству» и в Положении об условиях работы по совместительству, утвержденном Постановлением Госкомитета СССР по труду и социальным вопросам, Министерством юстиции СССР и Секретариатом ВЦСПС от 09.03.89 № 81/604/К-3/6-84.

Согласно указанным нормативным актам, совместительство есть выполнение работником, помимо своей основной, другой, регулярно оплачиваемой работы на условиях трудового договора (контракта) в свободное от основной работы время.

Трудовой договор (контракт) с совместителем может заключаться: на неопределенный срок, на определенный срок не более 5 лет (срочный трудовой договор, временный трудовой договор) и на время выполнения определенной работы. Таким образом, если с совместителем заключен трудовой договор (контракт) на неопределенный срок, т.е. на работу, носящую постоянный характер, ежегодного переоформления трудового договора (контракта) не требуется.

Работнику, работающему по совместительству по месту основной работы, следует установить второй табельный номер.

Продолжительность работы по совместительству не может превышать четырех часов в день и полного рабочего дня в выходной день (в общеустановленный день отдыха, а именно в воскресенье). Общая продолжительность работы по совместительству в течение месяца не должна превышать половины месячной нормы рабочего времени, установленной для соответствующей категории работников. Что же касается ежедневной продолжительности работы совместителя, то это определяется графиком работы. Младшему медицинскому персоналу учреждений здравоохранения разрешается работать по совместительству в учреждениях здравоохранения в пределах месячной нормы рабочего времени, а не половины, как врачебному или среднему медицинскому персоналу.

Для работы по совместительству согласие администрации и профсоюзного комитета по основному месту работы не требуется. Ограничения на работу по совместительству могут вводиться руководителями учреждения совместно с выборным профсоюзным органом лишь в отношении работников отдельных профессий и должностей с особыми условиями и режимом труда, дополнительная работа которых может повлечь за собой последствия, отражающиеся на состоянии их здоровья и безопасности работы. Ограничения также распространяются на лиц, не достигших 18 лет, и беременных женщин. Не допускается одновременное занятие двух руководящих должностей. К руководящим должностям относятся должности, связанные с руководством коллектива. Поэтому ни главный врач, ни его заместитель, ни главная медицинская сестра или старшая медицинская сестра структурного подразделения не могут работать по совместительству соответственно на врачебных или на должностях среднего медицинского персонала, относящихся к руководящим.

Работа главного врача или его заместителя — врача по специальности в пределах рабочего времени по основной должности с оплатой в размере до 25 процентов должностного оклада врача-специалиста — не является совместительством. Эта работа не табелируется, т. е. не подтверждается графиком или табелем, а отражается в соответствующих медицинских документах (истории болезни, операционном журнале, амбулаторной карте и др.). Такая работа и размер оплаты в пределах до 25 процентов должностного оклада врача-специалиста оформляется приказом главного врача и не требует разрешения для главного врача вышестоящего органа здравоохранения и в то же время не лишает права руководителя или его заместителя работать по совместительству.

Оплата труда совместителей производится за фактически выполненную работу, исходя из окладов (ставок), предусмотренных Единой тарифной ставкой (с учетом наименования должности, профессии рабочего), а для медицинских и фармацевтических работников еще с учетом квалификационной категории по той специальности, по которой работает совместитель.

При установлении совместителям с повременной оплатой труда нормированных заданий на основе технически обоснованных норм (это прежде всего касается профессий рабочих), оплата производится по конечным результатам за фактически выполненный объем работы, практически по закрытым нарядам.

Например, главная (или старшая медицинская сестра) работает по совместительству медицинской сестрой по массажу, поэтому ее размер оклада по совместительству будет зависеть от того, имеет ли она квалификационную категорию по специальности медицинская сестра по массажу или нет. При работе совместителя в условиях, предусматривающих повышение оклада в связи с опасными для здоровья или особо тяжелыми условиями труда, его оклад (ставка) будет повышен в процентах в соответствии с приложением № 2 к Положению об оплате труда работников здравоохранения РФ независимо от объема работы по совместительству. Тарификация лиц, работающих по совместительству (внутреннему и внешнему), проводится отдельными строками по каждой должности (профессии). Также отдельно проводится тарификация главного врача и его заместителя — врача, выполняющих работу по врачебной специальности в соответствующих подразделениях, в пределах рабочего времени по основной должности.

Работник, поступивший на работу по совместительству в другое учреждение, обязан представить администрации паспорт, трудовую книжку. При поступлении на работу, требующую специальных знаний, работодатель вправе потребовать от работника предъявления диплома или иного документа о полученном образовании, а для медицинских и фармацевтических работников еще и сертификат. Запись в трудовую книжку сведений о работе по совместительству производится по желанию работника по месту основной работы.

Премирование совместителей, выплата им надбавок (за высокое качество и интенсивность труда), доплат (за совмещение профессий, увеличение объема работ) производятся в порядке, установленном для работников учреждений здравоохранения действующими условиями оплаты труда.

Отпуск по совместительству предоставляется одновременно с отпуском по основной должности, если у совместителя наступило право на отпуск.

Продолжительность отпуска совместителя зависит от характера выполняемой работы по совместительству, а не от объема работы по совместительству.

Оплата за отпуск или выплата компенсации за неиспользованный отпуск производятся совместителям независимо от того, на какой должности или профессии рабочего работает совместитель.

Заработная плата по совместительству включается в средний заработок при назначении пенсий, пособия по временной нетрудоспособности, сумм в возмещении ущерба при трудовом увечье. Время работы по совместительству в учреждениях здравоохранения включается в стаж, дающий право на получение надбавок за продолжительность непрерывной работы, а медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28.02.96 № 213 получили право на надбавку за продолжительность непрерывной работы и по совместительству как внутреннему, так и внешнему, и на условиях, предусмотренных для соответствующих должностей. Так, участковая медицинская сестра, имеющая стаж работы на указанной должности более 7 лет, работающая по совместительству в указанной должности, получит надбавку за продолжительность непрерывной работы в размере 60 процентов и по совмещаемой должности. При исчислении стажа медицинским работникам, дающего право на пенсию по возрасту на льготных условиях (врачи-рентгенологи, рентгенолаборанты, средний и младший медицинский персонал, непосредственно обслуживающий больных в туберкулезных, инфекционных подразделениях и других подразделениях), время работы по совместительству в указанный стаж не включается, поскольку право на пенсию по возрасту на льготных условиях имеют работники, занятые выполнением работ, дающих право на льготное пенсионное обеспечение, в течение полного рабочего дня.

При аттестации медицинских и фармацевтических работников на присвоение квалификационной категории в стаж работы по специальности засчитывается время работы по аттестуемой специальности как по основной, так и по совмещаемой работе.

Увольнение с совмещаемой работы, т.е. прекращение трудового договора (контракта) с совместителем, производится по таким же основаниям, предусмотренным законодательством о труде, как и для работников, принятых на основную работу, и помимо этих оснований еще и в случаях приема работника на должность, занимаемую совместителем, не являющегося совместителем, или ограничения совместительства в связи с особыми условиями и режимом труда. Для расторжения трудового договора (контракта) в связи с приемом другого работника, не являющегося совместителем, или ограничением совместительства (установленного, например для врача-рентгенолога или рентгенолаборанта), согласия выборного профсоюзного органа не требуется. При увольнении работников с должностей, занимаемых ими по совместительству (независимо от причин увольнения, например, при увольнении по сокращению штатов, изменении условий трудового договора и др.), выходное пособие не выплачивается.

При командировке работника, работающего по совместительству, средний заработок сохраняется за ним по той должности, с

которой связана командировка. При так называемом внутреннем совместительстве, т. е. работе по совместительству по месту основной работы, заработная плата по обеим должностям за время нахождения в служебной командировке сохраняется при направлении в командировку руководителем данного учреждения (о чем указывается в приказе учреждения). В отношении работающего по совместительству в другом учреждении, в порядке так называемого «внешнего совместительства», вопрос о сохранении заработной платы по совместительству за время командировки решается органом здравоохранения, которому подчинены оба учреждения. За работниками учреждений здравоохранения на время их обучения на курсах повышения квалификации (сертификации) с отрывом от работы сохраняется средняя заработная плата по основному месту работы, т. е. по основной занимаемой должности, а не по второй оплачиваемой работе, выполняемой на условиях трудового договора (контракта) в свободное от основной работы время.

От совместительства следует отличать дополнительную работу медицинского персонала в пределах одного учреждения (структурного подразделения) по идентичной специальности (должности), которая выполняется по желанию работника без оформления второго трудового договора и оплачивается за фактически отработанное время в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Поскольку такая работа не является совместительством, она не может ограничиваться 0,25 или 0,5 ставки, но ограничивается балансом рабочего времени по одноименным должностям в данном структурном подразделении, а также следует помнить, что продолжительность отдыха (перерывов) между сменами не должна быть меньше двойной продолжительности смены. Так, например, палатные медицинские сестры в отделении, в котором число должностей палатных медицинских сестер составляет 6,5, могут выполнять дополнительную работу в пределах баланса рабочего времени этих 6,5 должностей, если такая дополнительная нагрузка не приводит к ухудшению работы или здоровья работников. Данная норма предусмотрена Постановлением Совета Министров РФ от 17.01.91 № 27. В связи с тем, что такая работа не является совместительством (о чем указано в Постановлении № 27), надбавка за продолжительность непрерывной работы на заработок, полученный медицинским работником за эту дополнительную работу, не начисляется.

Раздел 2. Работа палатной (постовой) медицинской сестры: общие сведения

1. Рабочее место

На посту медицинской сестры должен быть шкаф для медикаментов и медицинского инструментария, стол с запирающимися ящиками для хранения историй болезни, телефон и настольная лампа. Над столом — щит сигнализации из палат. Рядом со столом находится сейф для сильнодействующих и ядовитых средств. Если нет сейфа, то над столом медицинской сестры имеются два шкафчика (А и Б), запирающихся на ключ. Ключ хранится у постовой сестры. Рабочее место медицинской сестры должно содержаться в образцовой чистоте. На посту медицинской сестры имеются стеклянные шкафы с медикаментами. Необходимо следить, чтобы на каждой полочке была надпись: «Внутренние», «Наружные», «Инъекции». Весь медицинский инструментарий раскладывают с учетом его назначения и частоты пользования.

Стандарты оснащения поста палатной медицинской сестры

1. Пост медицинской сестры (или стол с запирающимися ящиками) — 1

2. Рабочее кресло или стул — 1

3. Настольная лампа — 1

или

4. Бра (для ночного освещения) — 1

5. Сигнализационное устройство в палаты или переговорное устройство — 1

6. Телефон для внутренней связи — 1

7. Шкаф для медикаментов — 1

8. Сейф или металлический шкаф для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств гр. «А» — 1

9. Таблицы высших разовых и суточных доз лекарственных средств гр. «А» (вывешиваются на внутренней стороне дверцы сейфа, шкафа)

10. Холодильник для медикаментов и микстур — 1

11. Термометр для измерения температуры в холодильнике — 1

12. Манипуляционный столик — 1

13. Бикс для стерильного материала — 2

14. Укладка для инъекций — 4

15. Пинцет стерильный в емкости с дезраствором — 1

16. Тележка для раздачи медикаментов или другое приспособление — 1

17. Мензурки, флаконы для раскладки лекарственных средств — 50

18. Канцелярские принадлежности (бумага, клей, линейка, карандаш)

19. Унифицированные бланки (направление на лабораторные, клинико-диагностические исследования; листы назначений, сведения в справочное бюро, температурные листы, вкладыш для историй болезней, листы ежедневного учета больных и т. д.)

20. Список телефонов больницы

21. Документация:

— журнал передачи дежурства;

— журнал передачи инструментария;

— журнал осмотра больных на педикулез;

— журнал для регистрации больных, перенесших гепатит;

— журнал длительно лихорадящих больных;

— журнал передачи наркотических средств;

— журнал учета расхода наркотических средств

22. Предметы ухода:

— термометры — 30 шт.

— набор для постановки банок — 1

— набор для компрессов — 1

— набор для постановки горчичников — 1

— жгут Эсмарха для остановки кровотечения — 1

— бритва безопасная — 1

— грелка резиновая — 3—5

— пузырь для льда — 2

— шпатель металлический или деревянные — 5—10

— зонды желудочные — 5

— ножницы — 1

— подушка кислородная — 1

— дренажи — 5

— катетеры — 5

Примечание. Остальные предметы ухода согласно перечня могут находиться в малой процедурной, санитарной, клизменной или других помещениях.

23. Емкости для дезинфекции:

термометров — 1

шприцев — 1

бритвенного прибора — 1

пинцета — 1

24. Емкость для кипячения: мензурок, флаконов

25. Емкость или кипятильник (стерилизатор) для дезинфекции наконечников

26. Хлорамин

27. Мерная емкость для хлорамина

28. Спирт для инъекций

29. Перевязочные средства

30. Компрессная бумага

31. Раковина

32. Мыло

33. Полотенце

34. Мусоросборник

35. Перчатки

2. Прием и сдача дежурства

Прием и сдача дежурства является одним из важнейших моментов преемственности в лечении пациентов. Медицинская сестра не имеет права покинуть пост, пока не придет ее дежурная смена.

Во время приема дежурства проверяется санитарное состояние палат, гигиеническое состояние пациентов. Принимающая дежурство медицинская сестра проверяет количество термометров, другого инструментария, медикаментов, остаток наркотических средств и пустые ампулы из-под наркотиков и получает ключи от сейфа (шкафа) от сдающей дежурство медсестры, а также проверяет правильность ведения журнала учета наркотических средств. Проверяет журналы по подготовке пациентов к различным видам исследования, делает обход по палатам и осматривает тяжелобольных. Все предметы ухода сдаются дежурной смене чистыми или стерильными. Сдача дежурства за ночное время производится на утренней конференции медицинских сестер отделения в присутствии заведующего отделением, врачей и старшей медсестры. На конференции докладывается о состоянии пациентов, об их подготовке к исследованиям или операциям, о выполнении врачебных назначений.

3. Лечебно-охранительный режим и правила внутреннего распорядка в палатных отделениях

В каждом ЛПУ имеется свой внутрибольничный режим — определенный порядок, установленный в данном учреждении. Одним из важных условий лечебно-охранительного режима является щажение психики пациентов, создание благоприятных условий, обеспечивающих пациентам полный физический и психический покой. Наиболее важно для этого установление рационального распорядка дня, устранение наиболее неблагоприятных влияний внешней среды (громкие разговоры, шум, хлопанье дверью, стук каблуков и т. д.).

При поступлении пациента в стационар медицинская сестра обязана познакомить его с правилами личной гигиены, с правилами внутреннего распорядка и режимом дня.

Часы	Мероприятия	Объем работы медсестры
6.00—7.00	подъем, измерение температуры	включает свет в палатах, делает инъекции антибиотиков, раздает термометры, следит за правильным измерением t и отмечает ее в температурном листе
7.00—7.30	утренний туалет пациентов	помогает умыться тяжелобольным, обрабатывает полость рта, глаза, нос, причесывает пациентов, перестилает постель, придает правильное положение в постели, отправляет мочу, кал в лабораторию
7.30—8.00	раздача лекарств	раздает лекарства пациентам, следит за их приемом
8.00—8.30	завтрак	помогает буфетчице раздать пищу, кормит тяжелобольных
8.30—9.00		готовит рабочее место к сдаче дежурства
9.00—9.15	утренняя конференция	докладывает о состоянии пациентов о подготовке к различным обследованиям
9.15—9.30	обход по палатам	
9.30—13.00	выполнение врачебных назначений	сопровождает пациентов в рентгеновский кабинет, к консультантам, делает инъекции, ухаживает за тяжелобольными
13.00—13.30	раздача лекарств	раздает лекарства, присутствует при их приеме

Часы	Мероприятия	Объем работы медсестры
13.30—14.30	обед	кормление тяжелобольных пациентов, контроль за раздачей пищи
15.00—16.00	тихий час	проветривает палаты, следит за тишиной в палате, следит за состоянием тяжелобольных пациентов
16.00—19.00	посещение пациентов родственниками, свободное время	
18.00—18.30 18.30—19.00	раздача лекарств	делает инъекции антибиотиков раздает лекарства перед ужином
19.00—20.00	ужин	помогает раздавать ужин и кормит тяжелобольных
20.00—21.00	выполнение врачебных назначений	готовит пациентов к R-исследованиям, ставит клизмы, банки, горчичники, компрессы
21.00—22.00	вечерний туалет	подмывает пациентов, перестилает постели, обрабатывает полость рта, проветривает палаты
22.00	отход ко сну	выключает свет в палатах, укрывает пациентов, следит за тишиной в палате

В больницах нашей страны режим дня приблизительно одинаков.

Пациенты обязаны соблюдать режим отделения, после завтрака и до обеда они должны находиться в палате, так как в это время начинается обход врача и медсестра выполняет назначения. Во время тихого часа медсестра должна следить, чтобы пациенты находились в постели. Кто не спит, должен тихо лежать или читать, нельзя громко всем разговаривать, ходить из палаты в палату, включать телевизор, радиоприемник.

После тихого часа у пациентов до ужина свободное время, которое они используют в зависимости от состояния. В летнее время ходячим пациентам разрешаются прогулки при t не ниже 18 градусов.

Посетителей и пациентов следует предупреждать о запрещении приносить недозволенные продукты, особенно скоропортящиеся и алкогольные напитки. За нарушение режима пациентов выписывают из стационара.

Посетители допускаются к пациентам ежедневно, при наличии сменной обуви с 17.00 до 19.00, в воскресенье и праздничные дни с 11.00 до 13.00 и с 17.00 до 19.00 (Приказ МЗ СССР от 25.02.83 № 230).

Посетители не должны садиться на кровать к пациенту, громко разговаривать, смеяться, сообщать неприятные новости, а также приносить запрещенные продукты. Медицинская сестра, соблюдая вежливость в обращении с посетителями, обязана следить, чтобы они не утомляли пациента разговорами, не кормили недозволенными продуктами. Пребывание в палате у пациента одновременно разрешается одному посетителю не более 15 мин. Весь персонал должен обеспечить тишину в отделении (разговаривать тихим голосом, телефоны устанавливать вдали от палат). В ночное время при необходимости в палате включается настольный светильник или бра.

4. Документация поста

Журнал передачи дежурства

Форма произвольная, с указанием движения больных за сутки, температурящих больных, кто подготовлен на операцию, на обследования и т.д.

Журнал передачи инструментария

Дата	Ножницы	Тонометр	Термометр	Фонендоскоп	Грелки	Пузырь д/льда	Катетеры	Зонды	и т.д.	Сдала м/с	Приняла м/с

Журнал учета пациентов с педикулезом

Дата поступления	Ф.И.О.	Палата №	Дата обработки	Кто обрабатывал (подпись)

Журнал для регистрации пациентов, перенесших гепатит

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Возраст	Диагноз (печеночная патология)	Дата поступления	Дата выписки

Журнал регистрации длительно лихорадящих пациентов

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Возраст	Диагноз	Дата обследования на сыпной тиф и малярию

Приказ МЗ СССР от 02.03.89 № 139

Журнал передачи наркотических средств

Дата	Промедол 1%	Промедол 2%	Омнопон 1%	Омнопон 2%	Морфина гидрохлорид 1%	Морфин	Ключ от сейфа	Сдала м/с	Приняла подп м/с

Книга учета наркотических лекарственных средств в отделениях и кабинетах

Приход				Расход			Ф.И.О подпись отпустившего	Остаток
Дата получения	Поставщик № и дата документа	Количество	Ф.И.О подпись получившего	Количество препарата	№ истории болезни, Ф.И.О больного	Дата выдачи		Количество препарата

Журнал учета пустых ампул

№ п/п	Дата поступления	Ф.И.О. больного	Наименование НЛС	Количество ампул	Ф.И.О. (сдавшего)	Ф.И.О. и подпись (принявшего)

5. Питание пациентов

Ежедневно каждая палатная сестра выписывает порционник — требование для всех обслуживаемых ею больных, который подает старшей сестре отделения.

Порционник палаты № _____

Количество больных	№ стола						
	1	2	5	8	10	13	15 и т.д.

	Фамилия больного	№ палаты	Наименование продуктов
Разгрузочный день Дополнительно			

Дата и подпись сестры

Старшая сестра, суммируя требования палатных сестер, подписывает у заведующего порционник отделения и передает на кухню. Если больной поступает ночью или вечером, требование на него выписывается дополнительно дежурной сестрой приемного отделения.

За качеством продуктов, закладкой и приготовлением пищи, доставкой ее из отделения и раздачей следит диетсестра. В крупных больницах имеется врач-диетолог.

Пища готовится только из продуктов, проверенных перед закладкой врачом. Отпуск готовой пищи в отделения производится только с разрешения дежурного врача и после снятия им пробы.

С целью санитарного контроля на случай пищевых отравлений от каждого отпускаемого блюда, пища в течение суток сохраняется.

Доставка пищи в отделения производится в чистой, хорошо закрывающейся посуде.

Раздача пищи больным производится буфетчицами и палатными сестрами под руководством диетсестры и старшей сестры отделения. Санитарки не должны заниматься ни раздачей пищи, ни мытьем посуды.

Ходячим больным пища подается в столовую.

Кормление тяжелобольных входит в обязанность палатной сестры. Кормление тяжелобольных требует от сестры большого умения и терпения. Иногда действует убеждение, иногда ласка, а иногда можно обойтись и без уговоров, просто предложив больному возможный выбор блюд соответствующего стола. Часто бывает полезно сделать небольшой перерыв между первым и вторым блюдом.

Для кормления лежачих больных пользуются прикроватными столиками. Голову больного или верхнюю часть туловища (если нет противопоказаний) приподнимают, шею и грудь покрывают салфеткой. Если больной не в состоянии есть сам, его из ложки кормит сестра. Жидкую пищу (кофе, кисель, молоко, протертый суп) удобно давать из поильника.

Во время кормления персонал должен педантично соблюдать чистоту рук, одежды. Посуда, приборы, подносы, средства транспортировки пищи должны быть безукоризненного чистыми. Пища должна быть нагрета до определенной температуры. Положительное влияние на аппетит оказывают ее вкусовые качества, которые в свою очередь зависят от кулинарной обработки, насыщенности витаминами, разнообразия меню.

Проверка передачи больным

Родственники и сослуживцы, проявляя заботу о стационарных больных, приносят им продукты, которые не всегда соответ-

ствуют требованиям диеты. Чтобы этого не случилось, следует принять ряд мер:

1. В первые дни пребывания в стационаре больному разъясняют значение лечебного питания и предупреждают о печальных последствиях нарушения диеты.

2. Для сведения посетителей на доске объявлений вывешивается список продуктов, разрешенных к передаче для больных в соответствии с номером стола.

3. В часы передач и посещений необходимо наблюдать за посещением посетителей, а при необходимости проводить с ними разъяснительные беседы.

4. Ежедневно проверять тумбочки, шкафы и холодильники, в которых хранятся личные продукты больных.

Раздел 3. Работа постовой медицинской сестры с пациентами отделения

1. Технология общего ухода

В лечении любого заболевания важное место занимает уход за пациентом. Под уходом следует понимать мероприятия, направленные на облегчение состояния пациента и обеспечение успеха лечения. Эти мероприятия могут быть общими, применяемыми к любому пациенту независимо от вида и характера болезни, — общий уход, и специальными, применяемыми только к пациентам определенного типа (гинекологическим, урологическим, стоматологическим и т. п.), — специальный уход.

Объем общего ухода зависит от состояния здоровья пациента и включает следующие мероприятия:

создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки;

устройство удобной постели и содержание ее в чистоте;

гигиеническое содержание пациента (оказание помощи во время туалета, приема пищи, физиологических отправлений организма);

наблюдение за состоянием пациента;

выполнение врачебных назначений;

организация досуга пациента;

поддержание у пациента бодрого настроения ласковым словом и чутким отношением.

Уход за пациентом часто является одновременно и профилактическим мероприятием, препятствующим развитию серьезных осложнений у ослабленного болезнью организма.

Приготовление постели

В связи с тем, что пациент большую часть времени находится в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной, сетка — хорошо натянутой с ровной поверхностью. Поверх сетки кладут матрац без бугров и впадин. Для ухода за пациентом очень удобен матрац, состоящий из отдельных секций. Наматрацник следует чаще чистить и проветривать, чтобы удалить неприятный запах, а при необходимости дезинфицировать. Для пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, на наматрацник по всей ширине кладут клеенку и хорошо подгибают ее края для предупреждения

загрязнения постели. Женщинам при обильных выделениях из половых органов подкладывают клеенку, а сверху — подстилку, которую меняют по мере надобности, но не реже 1 раза в 2—3 дня. На наматрацник кладут чистую простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Нижняя подушка должна быть из пера, а верхняя — из пуха. Их кладут таким образом, чтобы нижняя лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней, а верхняя упиралась в стенку кровати. Пациенту дают одеяло с пододеяльником, лучше всего байковое, так как оно хорошо проветривается и дезинфицируется: летом можно давать тканевые одеяла.

Ножки кровати снабжаются колесиками для удобства передвижения. Имеются также особые подставки, которые подводятся под головной и ножной концы кровати и закрепляются. С их помощью кровать несколько приподнимают над полом и легко передвигают. Такой способ передвижения кровати не беспокоит и не утомляет пациентов. Для тяжелобольных, нуждающихся в возвышенном положении, пользуются подголовниками, а также функциональными кроватями, состоящими из трех подвижных секций: с помощью ручек можно плавно и бесшумно придать пациенту удобное положение в постели. В настоящее время больницы снабжены никелированными или крашенными масляной краской кроватями, которые удобно протирать и дезинфицировать. Возле кровати ставят прикроватный столик, где находятся вещи пациента. Тяжелобольные пациенты пользуются специальными столиками, которые передвигаются и могут быть использованы для еды или чтения.

Правила переноса пациента на руках

Перенести и переложить пациента на руках могут 1—2 или 3 человека. Если пациента переносит 1 человек, то он подводит одну руку под лопатки, а другую под бедра пациента, при этом пациент обхватывает несущего руками за шею.

Если пациента переносят 2 человека, то один подводит руки под лопатки пациента, ближе к шее, и под поясницу, второй под ягодицы и голени; третий санитар требуется при переносе грузных пациентов, когда необходимо особенно осторожное перекладывание пациента.

В этом случае один человек держит голову и грудь, второй — поясницу и бедра, третий — голени. В переноске и перекладывании резко ослабленных и тяжелобольных обязательно участвует медсестра.

При переносе пациента следует соблюдать меры профилактики пролежней и исключить действие срезывающей силы и силы трения.

Перекладывание пациента на носилки

Тяжелобольных, которым нельзя двигаться, перекладывать с носилок на постель нужно с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки следует ставить нижним концом к головному концу кровати.

Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к пациенту. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати во избежание неудобных и лишних движений.

Смена постельного белья

В стационаре производится 1 раз в 7 дней после гигиенической ванны. В отдельных случаях меняют по мере необходимости. Если пациенту разрешается сидеть, медсестра пересаживает его на стул и перестилает постель.

У лежачих пациентов грязную простыню складывают или скатывают валиком со стороны головы и ног и осторожно удаляют, убирая в непромокаемые мешки. Чистую простыню, скатанную, как бинт, с двух сторон валиком, осторожно подводят под крестец пациента и затем расправляют в направлении к голове и ногам. Можно менять простыни и другим способом. Пациента передвигают на край постели, скатывают грязную простыню по длине в виде бинта, на ее месте расправляют чистую, на которую перекладывают пациента, а на другой стороне затем снимают грязную и расправляют чистую. Постельное белье меняют два человека с минимальной затратой физических сил.

Смена нательного белья

При смене нательного белья тяжелобольным медсестре следует подвести руки под крестец пациента, захватить края рубашки и осторожно отодвинуть ее к голове, затем поднять обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку перевести через голову пациента. После этого освобождают его руки. Одевают пациента в обратном порядке: сначала надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову. Если у пациента повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашку в обратном порядке: вначале на больную руку, а затем на здоровую.

Правила подачи судна, утки

Подкладные судна бывают: эмалированные, резиновые и фаянсовые; они имеют удлиненную или круглую форму. Чистые, продезинфицированные судна хранятся в санитарных комнатах, на стеллажах. Перед подачей пациенту судно ополаскивают горячей водой.

Младшая медсестра одной рукой приподнимает крестец пациента, другой осторожно подводит судно под ягодицы, после де-

фекации подкладное судно осторожно извлекают из-под пациента, чтобы не расплескать содержимое, накрывают клеенкой и выносят в туалетную комнату. Пациента подмывают, область заднего прохода насухо вытирают ватой. Содержимое судна выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой с порошком «Гигиена», после чего дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

Резиновое судно нельзя ставить прямо на простыню, а нужно подложить под него клеенку. Туго надувать судно не следует. Медицинская сестра должна постоянно следить за чистотой и правильным хранением судна.

Подмывание

Подмывание производят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим средством. Раствор должен быть теплым (30—35° С). Для подмывания нужно иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики.

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

В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и подливают воду на наружные половые органы, а ватный тампон, зажатый в корнцанг, направляют от половых органов к заднему проходу (сверху вниз). После этого сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода в мочевой пузырь и на наружные половые органы.

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

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

Уход за кожей

Пациентов, длительно находящихся в постели и не принимающих гигиенические ванны, следует протирать полотенцем, смоченным водой или одним из дезинфицирующих растворов: камфорным спиртом, одеколоном, спиртом пополам с водой, столовым уксусом и т. д. Для этого один конец полотенца смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и протирают кожу за ушами, шею, спину, переднюю часть грудной клетки и подмышечные впадины. Следует обращать внимание на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образовываться опрелости. Затем насухо вытирают кожу в том же порядке.

Профилактика пролежней

У пациентов, длительное время находящихся в постели, особенно в положении на спине, нередко появляются пролежни (чаще всего на крестце, лопатках, пятках и локтях). Способствуют образованию пролежней плохой уход за кожей тяжелобольного, неудобная постель, редкое перестилание ее. При покраснении кожи на крестце или других местах следует хорошо растереть ее лимоном, разрезанным пополам, или влажным полотенцем, досуха вытереть, провести облучение кварцевой лампой и систематически следить за состоянием кожи. Если пролежни все же появились, необходимо смазать их крепким раствором калия перманганата и накладывать повязки с мазью Вишневского, смесью перуанского масла с пихтовым бальзамом, синтомициновой эмульсией или другими мазями.

Для профилактики пролежней каждый раз, перестилая постель, нужно осматривать тело пациента и обращать внимание на те места, где они чаще всего возникают. Необходимо ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором, а под места возможного образования пролежней подкладывать резиновый круг, покрытый подстилкой или в наволочке. Круг подкладывают таким образом, чтобы крестец находился над его отверстием.

Промышленностью выпускается устройство для профилактики пролежней, состоящее из надувного прорезиненного матраца с гофрированной поверхностью и электрическим подогревом.

Для профилактики пролежней в рацион пациента следует включать пищу, содержащую большое количество белка и следить за водным балансом.

Уход за волосами

Пациентам, находящихся длительное время в постели, требуется постоянное наблюдение за волосами. Мужчин стригут коротко и раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой пациентки. Чужими расческами пользоваться категорически запрещается. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Густой гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и грязь. Чтобы лучше промыть голову, следует применять различные шампуни, детское мыло или воду с примесью хны. Если состояние пациента позволяет, голову ему моют во время гигиенической ванны. Если пациент длительное время не встает, ему моют голову в постели. Во время намыливания следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем волосы ополаскивают и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, медицинская сестра на-

девает им на голову полотенце или косыночку, чтобы избежать переохлаждения. Ежедневно сестра следит за состоянием волосистой части головы пациентов, проводит профилактику педикулеза.

Уход за глазами

Уход за глазами требует от медицинской сестры особого внимания. Глаза промывают при выделениях, склеивающих ресницы. Применяют стерильные марлевые тампоны, смоченные в теплом растворе 2% борной кислоты. При заболевании глаз закапывают капли и втирают глазные мази. Пипетку для закапывания перед употреблением кипятят. Перед процедурой медицинская сестра тщательно моет руки с мылом и щеткой, протирает их спиртом, чтобы не внести инфекцию в глаза. Техника закапывания: левой рукой слегка оттягивают нижнее веко и, предложив пациенту посмотреть в другую сторону, медленно впускают одну каплю ближе к носу; переждав немного, впускают вторую каплю и просят пациента закрыть глаза. Глазные мази накладывают на веки специальной стеклянной лопаточкой. Мази и лопаточки должны быть стерильными. Веко пациента оттягивают вниз, за него закладывают мазь и мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке. Количество пипеток для одного пациента зависит от количества лекарственных препаратов: для каждого препарата нужна другая пипетка!

Уход за носом

Если пациент слаб и не может освобождать носовые ходы самостоятельно, медицинская сестра должна ежедневно удалять образовавшиеся корочки. Для этого в носовые ходы вводят ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле, глицерине или любом масляном растворе, запрокидывая голову пациенту, и через 2—3 мин вращательными движениями удаляют корочки.

Уход за ушами

Ходячие пациенты во время ежедневного утреннего туалета самостоятельно моют уши. Пациентам, длительно находящимся в постели, периодически чистит уши медицинская сестра. Если образовалась серная пробка, ее удаляют. Для закапывания капель в ухо нагибают голову пациента в здоровую сторону. Левой рукой оттягивают мочку уха, а правой держат пипетку, из которой вводят капли в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут.

Уход за полостью рта

Ходячие пациенты ежедневно утром или вечером чистят зубы, а после приема пищи прополаскивают род подсоленной водой (1/4 чайной ложки поваренной соли на стакан воды) или слабым раствором калия перманганата. Тяжелобольным, которые не могут самостоятельно чистить зубы, после каждого приема пищи медицинская сестра должна протирать рот. Для этого она берет пинце-

том ватный шарик, смачивает его в 5% растворе борной кислоты, 2% растворе натрия гидрокарбоната, слабом растворе калия перманганата или в теплой кипяченой воде и протирает пациенту язык и зубы. После этого пациент хорошо ополаскивает рот.

У тяжелобольных часто развивается воспаление слизистой оболочки полости рта (стоматит): появляются боль при приеме пищи, слюнотечение, может повыситься температура. Медикаментозное воздействие на слизистую оболочку заключается в проведении так называемой аппликации или орошения. Аппликация — накладывание стерильных марлевых салфеток, смоченных в дезинфицирующем растворе (0,1% раствор фурацилина) на 3—5 мин. Эту процедуру повторяют несколько раз в день. Можно делать аппликации с болеутоляющими средствами. Орошение производят с помощью шприца Жане или резиновой груши. Грудь пациента накрывают клеенкой, придают ему положение полусидя, в руках он держит почкообразный лоток, который подносит к подбородку для стекания промывной жидкости. Медицинская сестра, оттягивая шпателем поочередно то левую, то правую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта. Под давлением струи происходит механическое вымывание частиц пищи, гноя и т.д.

Иногда у пациентов появляются сухость губ и болезненные трещины в углах рта. Для облегчения состояния на губы накладывают марлевую салфетку, смоченную водой, а потом смазывают губы любым жиром. Не разрешается широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки, пользоваться зубной щеткой. Полоскать рот следует после каждого приема пищи.

Зубные протезы на ночь следует снять, тщательно промыть с мылом и до утра хранить в чистом стакане, а утром сноза промыть и надеть.

У пациентов с высокой температурой или тяжелым нарушением кровообращения иногда встречается афтозный стоматит, при котором появляется очень неприятный запах изо рта, удручающе действующий на пациента и окружающих. Борьба с афтозным стоматитом заключается в лечении основного заболевания, а также назначения веществ, уничтожающих запах: полоскание 2% раствором натрия гидрокарбоната или 1% раствором натрия хлорида.

Подготовка пациента к операции

Большинство поступающих в хирургические отделения пациентов подвергаются оперативному вмешательству. Предоперационный период длится от момента поступления пациента до выполнения операции. Предоперационная подготовка проводится с целью уменьшения риска операции, приняв меры для предотвращения ее осложнений.

Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования, связанные с установлением диагноза, выявлением

осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов.

В анамнезе важно выяснить, подвержен ли пациент аллергии, какие он принимал лекарства (особенно это касается кортикостероидных гормонов, антибиотиков, антикоагулянтов, барбитуратов). Эти моменты иногда скорее выявляются медицинской сестрой в процессе наблюдения за пациентом и контакта с ним, чем при опросе вновь поступившего пациента. Среди элементов основного обследования:

— измерение роста, веса пациента;

— клинический анализ крови и мочи;

— кровь на реакцию Вассермана и ВИЧ-инфекцию;

— определение группы крови и резус-фактора;

— рентгеноскопия органов грудной клетки;

— электрокардиография;

— исследование кала на яйца глистов.

В предоперационную подготовку входят санация полости рта, при показаниях медикаментозное лечение, улучшающее деятельность сердечно-сосудистой системы.

Для профилактики осложнений со стороны дыхательной системы необходимо заранее научить пациента, как следует дышать (глубокий вдох и длительный выдох через рот) и откашливаться в первые часы после операции, чтобы предупредить задержку секрета и застой в дыхательных путях. С этой же целью накануне операции, иногда на ночь, ставят банки.

Обычно операции проводят натощак. Накануне пациенты получают легкий ужин. Очистительную клизму накануне ставят всем пациентам при отсутствии противопоказаний. Вечером перед операцией пациент принимает ванну, ему меняют нательное и постельное белье. Об изменениях состояния пациентов, замеченных сестрой, следует доложить врачу; плановые операции целесообразно отложить при менструации, даже при небольшом подъеме температуры, легкой простуде, появлении гнойничка на теле и т. д.

В день операции широко сбривают волосы с будущего операционного поля и его окружности с учетом возможного расширения доступа (так при брюшнополостных операциях бреют лобок, при паховом грыжесечении — промежность, бедро и т. д.); перед бритьем кожу протирают дезинфицирующим раствором и дают ей подсохнуть, а после бритья протирают спиртом. Утром зубные протезы вынимают, заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы надевают шапочку или косынку (женщине с длинными волосами заплетают косы). Обязательно опорожняют мочевой пузырь. Надо обязательно снять помаду с губ пациентки, лак с ногтей (мешают наблюдению во вре-

мя наркоза), после премедикации пациента доставляют в операционную на каталке в сопровождении медсестры, одетой в чистый халат, колпак и в маске. Пациента либо передают персоналу операционной на каталке, либо помогают переложить его на операционный стол.

Послеоперационный уход

Все усилия медперсонала направлены на восстановление функций, нормальное заживление раны, предупреждение осложнений и борьбу с ними.

Послеоперационный период начинается после окончания операции и продолжается до возвращения пациента к работе и нормальному образу жизни.

После больших операций пациенты поступают в отделение реанимации или в послеоперационную палату. К возвращению пациента из операционной следует подготовить функциональную кровать, установить ее так, чтобы можно было подойти к ней со всех сторон, рационально установить необходимую аппаратуру. Постельное белье надо расправить, согреть пациента.

После брюшных операций под местным обезболиванием целесообразно положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса. Если нет противопоказаний, через 2—3 часа можно согнуть ноги, повернуться на бок.

Наиболее часто после наркоза пациента укладывают горизонтально на спину без подушки с головой, повернутой на бок, такое положение предотвращает малокровие головного мозга, попадание слизи и рвотных масс в дыхательные пути. После операций на позвоночнике пациента кладут на живот, на постель при этом укладывают щит. Оперированные под наркозом нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до полного пробуждения, восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов. Сразу после операции на область раны кладут мешок с песком или пузырь со льдом, предупреждая образование гематомы. Наблюдая за оперированным, следят за общим состоянием, внешним видом (цвет кожных покровов), частотой, ритмом, наполнением пульса, частотой и глубиной дыхания, артериальным давлением, диурезом, отхождением газов и стула, температурой тела.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений необходимы: борьба с обезвоживанием, активизация пациента в постели (лечебная гимнастика с первых суток), раннее восстановление, при показаниях (варикозном расширении вен) — бинтование голеней эластическим бинтом, введение антикоагулянтов. Перемена положения в постели, банки, горчичники, дыхательные упражнения (надувание резиновых мешков, шаров), специальные манипуляции при кашле (положить ладонь на рану и

слегка придавливать ее во время кашля) улучшают кровообращение и вентиляцию легких.

Если пациенту запрещено пить и есть, назначают парентеральное введение растворов белков, электролитов, глюкозы. Несколько раз в день надо проводить туалет полости рта. Если состояние пациента позволяет, надо предложить ему полоскать рот. После лапаротомии могут возникнуть икота, срыгивание, рвота, вздутие кишечника, задержка стула и газов. Помощь заключается в опорожнении желудка зондом (после операции на желудке зонд вводит врач), вводимом через рот или нос. Для устранения упорной икоты вводят подкожно атропин 0,1% — 1,0, аминазин 2,5% — 2,0 мл.

Для отведения газов вставляют газоотводную трубку. После операций на верхнем отделе желудочно-кишечного тракта через 2 дня ставят гипертоническую клизму. После операции нередко больные не могут самостоятельно помочиться. Если нет противопоказаний, на область мочевого пузыря кладут теплую грелку. К мочеиспусканию побуждают льющаяся вода (открыть кран), теплое судно, в/в введение раствора гексаметилентетрамина (уротропина). Если эти меры не оказали влияния, то прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Снижение диуреза может быть сигналом тяжелого осложнения — послеоперационной почечной недостаточности. Во избежание образования пролежней необходим тщательный уход за кожей, частая смена положения тела, обработка кожи камфорным спиртом, подмывание, смена белья по мере загрязнения, подкладывание резинового круга. Контроль за состоянием повязки проводят несколько раз в сутки, обращая внимание на сохранность повязки, ее чистоту и промокание. Если рана закрыта не полностью, в ней оставлены дренажи, тампоны, выпускники, то может появиться отделяемое и повязка промокнет. Больному надо разъяснить, что дренирование произведено для нормального заживления раны, и принять меры, чтобы не загрязнить постель: положить на матрац клеенку, на простыню — подстилку. Длинный дренаж подсоединяют к удлинительному дренажу и погружают в сосуд со 100 мл раствора фурацилина. Смена, подтягивание, укорочение дренажей и тампонов — исключительно врачебная манипуляция. Дренаж и тампоны, предназначенные для отведения экссудата, гноя, желчи, удаляют постепенно, по мере уменьшения количества отделяемого. Если повязка обильно промокает кровью, следует, не трогая ее, пригласить врача, приготовить стерильный материал для перевязки или привезти пациента в перевязочную. Если повязка на животе внезапно промокает серозно-кровянистой жидкостью, а под ней намечается выбухание, следует думать о расхождении раны в образовавшийся дефект внутренностей (эвентрация). Эвентрация чаще всего наступает при кашле, чихании, резком повороте. В таких случаях, не трогая повязки, накладывают стерильное полотенце, простыню, укладывают пациента и немедленно вызывают врача.

2. Технология выполнения лечебных манипуляций

Одной из главных обязанностей медицинской сестры является своевременное и правильное выполнение всех лечебных манипуляций, назначенных врачом. При этом от медицинской сестры требуется четкое понимание необходимости назначений той или иной лечебной процедуры и умение выполнить ее так, чтобы пациент не испытывал лишних болезненных ощущений.

Арсенал лечебных манипуляций, которыми должна владеть медицинская сестра, достаточно велик. Повседневное совершенствование технических элементов этих манипуляций станет залогом успешной работы медицинской сестры.

Очистительная клизма

Применяется для освобождения кишечника от каловых масс и газов, клизмы ставят по назначению врача.

Показания:

1) задержка стула;

2) подготовка к операциям, к эндоскопии толстого кишечника и к рентгенологическим исследованиям;

3) отравление и интоксикация;

4) перед постановкой лечебной и капельной клизмы.

Противопоказания:

1) воспалительные явления в прямой и толстой кишке;

2) кровоточащий геморрой;

3) выпадение прямой кишки;

4) желудочные и кишечные кровотечения.

Для постановки очистительной клизмы, кроме кружки Эсмарха, необходимо иметь штатив для ее подвешивания, термометр для измерения температуры жидкости (вода комнатной температуры), клеенку, таз, подкладное судно.

Пациента укладывают на кушетку или на кровать ближе к краю на левый бок с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Если пациенту нельзя двигаться, он лежит на спине. Под ягодицы подкладывают клеенку, свободный край которой опускают в таз на случай, если пациент не удержит воду, и подкладывают подкладное судно.

В кружку Эсмарха наливают 1—1,5 л воды комнатной температуры, поднимают ее кверху и опускают наконечник вниз, чтобы заполнить систему и выпустить одновременно имеющийся в ней воздух, кран на резиновой трубке закрывают. Проверяют, не разбит ли наконечник, хорошо смазывают его вазелином и начинают вводить его в заднепроходное отверстие, предварительно раздвинув левой рукой ягодицы пациента. Вводят наконечник на 8—10 см, сначала вверх и вперед (ориентир пупок), а потом поворачи-

вают несколько сзади легкими вращательными движениями, преодолевая сопротивление наружного сфинктера. Если имеются выступающие складки слизистой оболочки или геморроидальные узлы, надо ввести наконечник между ними, стараясь их не задеть.

Если встречаются препятствия, например, трубка упирается в кишечную стенку или в твердый кал, надо извлечь ее на 1—2 см и открыть кран. Кружку Эсмарха поднимают на высоту до 1 м, и вода под давлением поступает в толстый кишечник. При закупорке наконечника каловыми массами его следует извлечь, прочистить и ввести снова. Если прямая кишка наполнена калом, пробуют размыть его струей воды. Иногда каловые массы бывают настолько твердыми, что поставить клизму не удается. В таких случаях приходится извлекать кал из прямой кишки пальцем, предварительно надев резиновую перчатку, смазанную вазелином.

При метеоризме вводят в кишечник весь объем жидкости, оставив на дне кружки немного воды, закрывают кран, регулирующий поступление жидкости, и постепенно вращательными движениями извлекают наконечник. Желательно, чтобы пациент удержал воду в течение 10 минут. Для этого он должен лежать на спине и глубоко дышать.

Сифонная клизма (проводится по назначению врача и в его присутствии)

Показания:

1) кишечная непроходимость;

2) отравления ядами;

3) удаление газов и промывание нижней части толстого кишечника с лечебной целью.

Для быстрого опорожнения кишечника наилучшим способом является сифонный метод (многократное промывание кишечника), в основе которого лежит принцип сообщающихся сосудов.

Для сифонной клизмы готовят простерилизованную трубку длиной 1,5 м и диаметром 1,5 см с надетой на наружный конец воронкой, вмещающей около 0,5 л жидкости, кувшин на 5—8 л для дезинфицирующей жидкости (слабый раствор перманганата калия, 22% раствор гидрокарбоната натрия) или кипяченой воды, подогретой до 38° С и ведро (10 л) для слива воды.

Пациента укладывают на левый бок или на спину, под ягодицы подкладывают клеенку, а у кровати ставят ведро для слива и кувшин с жидкостью.

Конец резиновой трубки, вводимой в прямую кишку, обильно смазывают вазелином и продвигают вперед на 20—30 см. Нужно следить, чтобы резиновая трубка не свернулась в ампуле прямой кишки, контролируя ее положение, если это необходимо, пальцем. Воронку следует держать немного ниже тела пациента в

наклонном положении. Затем постепенно воронку наполняют жидкостью и приподнимают над телом на 0,5 м. Вода начинает убывать, переходя в кишечник. Как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки, опускают ее над тазом, не переворачивая, до тех пор, пока вода не заполнит воронку. При таком положении воронки хорошо видны пузыри воздуха, комочки кала. Это содержимое воронки выливают в таз, воронку снова наполняют водой и так повторяют несколько раз. Необходимо проследить, чтобы из кишечника выделилось не меньше жидкости, чем было введено. Чередуя подъемы и снижения воронки, промывают кишечник, пока не прекратится отхождение газов и в воронку будет поступать чистая вода. Иногда на сифонную клизму уходит 10 литров воды. Нужно следить, чтобы воронка при наполнении ее жидкостью была в наклонном положении и воздух не попал в кишечник, так как это может затруднить его промывание. По окончании процедуры воронку снимают, а резиновую трубку оставляют в прямой кишке на 10—20 минут, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

Манипуляцию выполнять в перчатках.

Гипертонические клизмы

Гипертонические клизмы вызывают хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника. Обычно для гипертонических клизм используют 5—10% раствор хлорида натрия, 20—30% раствор сульфата магния, либо сульфата бария. В прямую кишку вводят 100—200 мл теплого раствора с помощью резинового баллона «груши».

Противопоказанием являются воспалительные и язвенные процессы в нижнем отделе толстой кишки.

Масляная клизма

Масляную клизму применяют при неэффективности очистительной клизмы, а также в первые дни после операции на органах брюшной полости, после родов, при массовых отеках. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами, введите газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 15—20 см, подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите 100—200 мл масла, предварительно подогретого до 27° С. Введенное в кишечник масло обволакивает и размывает каловые массы. После масляной клизмы опорожнение кишечника наступает через 10—12 часов.

Капельная клизма

Для капельной клизмы пользуются той же системой, что и для очистительной, только в резиновую трубку, соединяющую наконечник с кружкой Эсмарха, вставляют капельницу с зажимом. Его регулируют таким образом, чтобы жидкость из резиновой трубки поступала в прямую кишку не струей, а каплями.

Зажимом регулируют и частоту капель (чаще всего 60—80 капель в минуту). В сутки можно ввести капельным путем до 3 литров жидкости. Кружку с раствором подвешивают на высоту 1 метра над уровнем кровати, так как эта процедура очень длительна, медицинская сестра должна следить, чтобы пациент был хорошо укрыт и лежал в удобном положении.

Вводимый раствор всегда должен быть определенной температуры (40—42° С), для этого к задней стенке кружки Эсмарха прикрепляют грелку и следят, чтобы она все время была теплой.

Питательная клизма

Как правило, ставят через 1 час после очистительной и полного опорожнения кишечника. Температура жидкости должна быть 38—40° С.

Ставить питательную клизму рекомендуется не чаще 1—2 раз в день, так как можно вызвать раздражение слизистой оболочки прямой кишки.

Питательную клизму вводят медленно, под небольшим давлением через глубоко вставленный мягкий наконечник резинового баллона. Пациент лежит на левом боку с согнутыми в коленях ногами или на спине с приподнятым тазом. После клизмы пациент должен спокойно лежать около часа.

Качество постановки клизм и эффект от них во многом зависят от знаний и ответственного отношения медицинской сестры. Если пациенту не запрещено ходить, его приглашают в клизменную, укладывают на кушетку и не оставляют одного до полного опорожнения кишечника. Если же необходимо клизму делать в палате, желательно возле кровати поставить ширму, чтобы не травмировать психику пациента. После удаления подкладного судна обрабатывают область заднего прохода, удаляют ширму, проветривают палату в любое время года.

Манипуляцию выполняют в перчатках.

Постановка горчичников

Горчичники действуют на кожу пациента путем раздражения ее и расширения кожных кровеносных сосудов эфирным горчичным маслом.

Горчичники нужно хранить в сухом и теплом месте, срок хранения от 8 до 11 месяцев. Пригодный горчичник отличается от непригодного тем, что дает острый запах горчичного масла и не осыпается. Ставить горчичник можно на все участки тела. Перед употреблением следует смочить теплой водой (не выше 35° С), стряхнуть и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз на 10—15 минут. Если у пациента повышенная чувствительность кожи, необходимо подложить под горчичник кусок папиросной бумаги. Ни в коем случае нельзя ставить горчичник на газету, так как теряется непосредственное действие горчичного масла на кожу.

Если горчичник поставлен правильно, появляются покраснение кожи и ощущение жжения.

Необходимо помнить, что при длительном пребывании горчичника и при повышенной чувствительности кожи могут возникнуть ожоги. Сняв горчичник, кожу обмывают теплой водой, вытирают насухо, пациента одевают и хорошо укрывают.

Технология постановки банок

а) Необходимые принадлежности:

— банки не менее 20 штук;

— вазелин;

— спирт;

— корнцанг с тампоном;

— пробирка для тушения фитиля.

б) Смазывание кожи вазелином;

в) Введение фитиля в банку;

г) Снятие банок.

Банки представляют собой круглые стеклянные сосуды с утолщенным краем емкостью 30—70 мл и относятся к средствам местного воздействия на крово- и лимфообращение. Вызывая местное и рефлекторное расширение кровеносных и лимфатических сосудов, они оказывают рассасывающее, противовоспалительное и болеутоляющее действие.

Показания: применяются при воспалении бронхов, легких, плевры, застойных явлениях в легких, воспалительных процессах в мышцах и нервных стволах.

Противопоказания: банки нельзя применять при повышенной чувствительности кожи и наличии кожных заболеваний, кровотечениях, психическом возбуждении и выраженном истощении, при опухолевом поражении и туберкулезе легких.

Место прикладывания банок. Чаще всего банки прикладывают на кожу грудной клетки спереди и сзади, исключая область позвоночника, грудины, сердца и грудных желез, на кожу поясничной области слева и справа от позвоночника, вдоль седалищного нерва по задней поверхности бедра.

Техника постановки банок сводится к следующему. В небольшой плоский ящик укладывают банки, протертые и проверенные в отношении целости и отсутствия поврежденных краев; банку с вазелином; небольшой флакон со спиртом или эфиром; металлический зонд с нарезкой на конце; спички.

Пациент укладывается в постель в удобной позе и обнажает соответственную часть тела. Кожа на месте прикладывания банок должна быть чистой и смазанной вазелином, волосяной покров желательно сбрить.

Ящик с банками ставится на табурет у края кровати. В правую руку сестра берет зонд, на конец которого наматывается вата. Ватный тампон смачивается спиртом или эфиром, отжимается. Флакон с горючим веществом должен быть закрыт и отставлен в сторону. Смоченный спиртом ватный тампон поджигается. В левую руку берут одну-две банки и, наклонившись к пациенту, быстрым движением вносят пламя внутрь банки, после чего плотно, всей окружностью отверстия, банка прикладывается к телу. При этом следует помнить, что пламя должно лишь нагреть воздух в банке, но не накаливать ее края, так как в противном случае может возникнуть ожог кожи. За счет образовавшегося разреженного пространства в банку втягивается кожа и она плотно прикрепляется к телу.

Поставив все банки (количество их определяется размерами участка тела), пациента укрывают одеялом. Длительность процедуры 10—15 минут. Чтобы снять банку, нужно одной рукой нажать на кожу у ее края. При этом воздух проникает в банку и она отделяется от тела.

Сняв все банки, необходимо удалить слой вазелина с кожи с помощью сухого или смоченного спиртом ватного тампона. По окончании процедуры пациенту рекомендуется спокойно полежать в постели 30—40 минут.

Осложнения. При попадании капли горящего спирта на кожу или при перегреве краев банки на коже появляются ожоги. Если банки долго находятся на коже, на ней могут образоваться багровые пятна с пузырьками, наполненными розовой прозрачной жидкостью. В этих случаях пораженные участки кожи следует обработать крепким (5—10%) раствором марганцово-кислого калия для образования сухих корочек. Дальнейшее лечение проводится по усмотрению врача.

Технология накладывания компресса

Компресс — лечебная многослойная повязка, действующая как отвлекающее и рассасывающее средство.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение кожных и глубоко расположенных кровеносных сосудов. Согревающий компресс можно ставить на любую часть тела.

Согревающий компресс состоит из трех слоев:

— куска чистой плотной ткани, смоченной в жидкости комнатной температуры или 45-градусном спирте, хорошо отжатым;

— клеенки или вощеной бумаги;

— ваты.

Смочите марлевую салфетку в воде комнатной температуры или 45-градусным спиртом, хорошо ее отожмите. Вымойте руки, приложите салфетку к поверхности кожи, поверх салфетки положите компрессную бумагу большего размера, чем салфетка; по-

верх бумаги положите слой ваты, полностью покрывающий два предыдущих слоя; закрепите компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений. Длительность применения компресса должна быть в среднем 6—8 часов, но не более 12 часов.

Меняют компресс утром и вечером. Во избежание раздражения кожи место наложения компресса при его смене тщательно протирают теплой водой, высушивают теплым мягким полотенцем и делают перерыв на 2 часа. Для наложения нового компресса нужно брать чистый материал.

Катетеризация мочевого пузыря

Введение катетера в мочевой пузырь. Катетеризацию производят для выведения из пузыря мочи в лечебных и диагностических целях и промывание мочевого пузыря. Катетеризация требует особых предосторожностей, чтобы не внести в мочевой пузырь инфекции, так как слизистая оболочка его обладает слабой сопротивляемостью к инфекции.

Введение катетера женщине. Перед процедурой медицинская сестра моет руки с мылом теплой водой, а ногтевые фаланги протирает спиртом или раствором АХД. Женщин предварительно подмывают или спринцуют, если имеются выделения из влагалища. Медицинская сестра или врач стоит справа от пациентки, которая лежит на спине с полусогнутыми ногами. Левой рукой раздвигают половые губы, а правой сверху вниз (в сторону заднего прохода) тщательно протирают наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала дезинфицирующим раствором (фурацилин или 2% раствор борной кислоты). Затем пинцетом берут катетер, облитый стерильным вазелиновым маслом, и осторожно вводят его в отверстие мочеиспускательного канала. Появление мочи из наружного отверстия указывает на нахождение его в мочевом пузыре.

Когда моча перестает самостоятельно выходить, можно слегка надавить через брюшную стенку на область мочевого пузыря для выведения из него остаточной мочи. Мочеиспускательный канал женщин короткий (4—6 см), поэтому катетеризация не представляет большой сложности. Если нужно взять мочу на посев, края стерильной пробирки проводят над пламенем и после наполнения закрывают стерильной ватной пробкой. Для профилактики восходящей инфекции медицинская сестра должна строго соблюдать правила асептики и антисептики.

Введение катетера мужчинам значительно сложнее, так как мочеиспускательный канал имеет длину 20—25 см и образует два физиологических сужения, создающих препятствия прохождению катетера. Пациент во время катетеризации лежит на спине со слегка согнутыми в коленях и разведенными ногами, между стопами помещают мочеприемник, лоток или кружку, куда по катетеру

стекает моча. Сестра или врач берет в левую руку половой член и тщательно протирает его головку, крайнюю плоть и отверстие уретры ватой, смоченной раствором борной кислоты. Затем левой рукой раздвигают губки наружного отверстия уретры, а правой рукой пинцетом или стерильной марлевой салфеткой с небольшим усилием вводит мягкий катетер, предварительно политый стерильным маслом. Если не удается провести эластичный катетер, применяют металлический. Твердый катетер мужчинам вводит врач. Извлекать катетер следует не после того как выйдет моча, а немного раньше, чтобы струя мочи промыла мочеиспускательный канал после извлечения катетера.

Термометрия

Перед измерением температуры обработанный градусник нужно встряхнуть, чтобы ртуть упала до отметки ниже 35° С, а затем подать пациенту. Подмышечную впадину предварительно следует обтереть сухим полотенцем, так как влага охлаждает ртуть и термометр покажет более низкую температуру. Термометр в подмышечной впадине надо поместить так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом, не смещаясь в течение всего времени измерения.

Между термометром и телом не должно попасть белье. Слабым пациентам медсестра придерживает руку. Длительность измерения не менее 10 минут.

У очень истощенных и тяжелобольных температуру можно измерять в прямой кишке. Противопоказанием к измерению температуры таким образом служат: задержка стула, понос, заболевания прямой кишки. Перед введением в прямую кишку термометр надо смазать вазелином, а затем вместить на половину длины в положении пациента на боку. Ягодицы должны плотно прилегать одна к другой.

Использованные термометры необходимо обработать следующим образом: погрузить полностью в один из дезинфицирующих растворов, затем протереть насухо и хранить в чистой емкости.

Технология измерения АД

Во время измерения АД пациент должен спокойно сидеть или лежать, не разговаривать и не следить за ходом измерения, на обнаженное плечо пациента на 2—3 см выше локтевого сгиба накладывают манжету и закрепляют ее так, чтобы между кожей и манжетой проходил только один палец. Рука должна располагаться удобно, ладонью вверх. В локтевом сгибе, под областью пульсации локтевой артерии прикладывают фонендоскоп. Закрывают вентиль на груше и накачивают в манжету воздух. Воздух нагнетается до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 20 мм рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться пульсация артерии. Открывают вентиль медленно, со скоростью не более 2 мм рт. ст. за 1 секунду, выпускают

воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивают тоны на локтевой артерии и следят за показаниями шкалы манометра. При появлении над локтевой артерией первых звуков (тоны Кротова) отмечают уровень систолического давления. Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту резкого ослабления или полного исчезновения тонов на локтевой артерии. Чтобы не допустить ошибок при измерении артериального давления, давление в манжете следует поднимать достаточно высоко, а, выпуская воздух, продолжать выслушивание до полного исчезновения тонов или снижения в манжетке давления до нуля. Тоны при выслушивании постепенно ослабевают и исчезают. Давление в манжете в момент исчезновения тонов соответствует диастолическому давлению. Цифры на манометре указывают минимальное давление.

Промывание желудка

Производится с лечебной и диагностической целью для удаления из желудка недоброкачественной пищи, ядов, слизи.

Для промывания желудка необходимо иметь толстый желудочный зонд длиной 1—1,5 м с воронкообразно расширенным верхним концом. В него вставляют стеклянную воронку емкостью около 1 л и просветом не менее 8 мм, с закругленным концом и отверстиями на боковых стенках непосредственно у слепого конца. Стерилизуют зонд и воронку в центральной стерилизационной. Кроме того, необходимо иметь кувшин с водой, а также клеенчатый фартук для пациента и ведро для слива промывных вод.

Медицинская сестра стоит справа. Пациент широко раскрывает рот, говорит «а...» и глубоко дышит через нос. Медицинская сестра быстрым движением вводит зонд за корень языка, пациент закрывает рот и делает несколько глотательных движений, после чего сестра проталкивает зонд по пищеводу. Если зонд выскочил или свернулся, его извлекают и, успокоив пациента, вводят вновь. Обычно для промывания желудка расходуется 8—10 литров воды.

Ингаляции

Ингаляция — метод введения лекарственных веществ путем их вдыхания. Вдыхать можно газы (кислород, углекислота), легко испаряющиеся вещества (эфир, хлороформ), а также мелко распыленные вещества (аэрозоли). Для их образования употребляют специальные аппараты, устроенные по принципу пульверизатора: сжатый воздух или кислород распыляет растворы, которые вдыхаются пациентами, во время ингаляции следует дышать спокойно и глубоко. Для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, существуют ингаляторы для домашнего употребления. Лекарственное вещество находится в пластмассовой трубке, на которую надет резиновый баллон. Пациент нажимает на него и силой воздуха выталкивает лекарство в дыхательные пути. Кроме

того, выпускаются аэрозольные ингаляторы промышленного изготовления: лекарственное вещество заключено в металлической аэрозольной упаковке. Нередко лекарственные вещества вводят в парообразном состоянии, для чего употребляют специальный аппарат — паровой ингалятор. Перед ингаляцией грудную клетку пациента закрывают клеенкой, чтобы предохранить от загрязнения белье. Пациента усаживают перед аппаратом на таком расстоянии, чтобы выходящий пар не вызывал ожога. Пар вдыхают через рот. Аэрозоли дают хороший эффект, расширяя бронхи, разжижая мокроту и т. д. Ингаляцию можно применять как профилактическое мероприятие для предохранения дыхательных путей от вредных воздействий, на слизистую оболочку. Для масляных ингаляций используют растительные масла: миндальное, персиковое, оливковое, рафинированное подсолнечное и др. Иногда к маслу прибавляют ментол (1:3), который обладает болеутоляющим и слабым бактерицидным свойствами. При инфекционных поражениях носоглотки хорошо помогают ингаляции антибиотиков с прибавлением эвкалиптового масла. Если при этом возникает гиперемия и сухость слизистых оболочек дыхательных путей, необходимо отменить антибиотики. На курортах используют естественные аэрозоли, чаще всего щелочные. Иногда сочетают щелочные ингаляции с масляными. В этих случаях вначале пациент дышит щелочами, а затем через 15 минут — масляными, так как масляная пленка мешает попаданию лекарств на слизистую оболочку.

3. Технология забора и доставки биоматериалов на лабораторные исследования

Стандарт направления биоматериала на лабораторные исследования

Весь биоматериал доставляется в лабораторию с направлением. Следует четко указать:

1) Отделение;

2) Палату;

3) Ф. И. О. пациента;

4) Диагноз;

5) Дату и время забора материала;

6) Фамилию медсестры, проводившей отбор биопробы.

Моча

Исследование мочи не только указывает на состояние почек и их функцию, но и позволяет судить о наличии поражения ряда других органов и систем. Поэтому оно является важной составной частью в общем обследовании каждого вновь поступающего на

лечение пациента. Для первого исследования мочи пользуются утренней порцией, как наиболее концентрированной.

Общий анализ мочи

Мочу собирают в чистую сухую посуду. Собирают утреннюю порцию (среднюю струю) не менее 70—100 мл, предварительно произведя туалет мочеполовых органов. Утреннюю порцию доставляют не позже 1—5 часов после ее выделения. Длительное стояние мочи ведет к изменению физических свойств, размножению бактерий и разрушению элементов осадка мочи.

Исследование мочи по методу Нечипоренко

Доставляется в лабораторию средняя порция утренней мочи. Нельзя проводить одновременно с общим исследованием мочи.

Проба мочи по Зимницкому

Накануне пациента предупредить о необходимости питьевого режима в течение последующих суток (обычно не более 1 л). В 6 часов утра обследуемый опорожняет мочевой пузырь в туалет, а затем через каждые 3 часа собирает 8 порций (с 6 до 9, с 9 до 12, с 12 до 15, с 15 до 18, с 18 до 21, с 21 до 24, с 24 до 3, с 3 до 6 часов) в подготовленные медсестрой размеченные банки.

Проба Каковского—Аддиса

Сдается моча, собранная за 10 часов (с 21.00 до 7.00). У женщин берется катетером, после предварительного туалета мочеполовых органов.

Проба Реберга

Исследования проводят утром натощак. В 7.00 пациенту дается водная нагрузка — 2 стакана воды и сразу же он должен опорожнить мочевой пузырь (эту мочу не собирать). Далее моча собирается в течение 2 часов с момента водной нагрузки: до 8.00 — первая порция, с 8.00 до 9.00 — вторая порция. В 8.00 берется кровь из вены в количестве 3—5 мл, моча и кровь доставляются в лабораторию.

Исследование мочи на амилазу

Для исследования берут 50 мл свежей мочи без консерванта и сразу направляют ее в лабораторию теплой. Исследование должно быть произведено сразу по поступлении, следует предупредить лаборанта, что моча доставлена на исследование.

Правила сбора суточного количества мочи для биохимических и эндокринных исследований

Утром в день сбора пациент отмечает время (6 или 7 часов) и опорожняет мочевой пузырь в унитаз. (Эта ночная порция мочи в анализ не нужна.)

Все последующие порции полностью собираются пациентом в трехлитровую банку в течение 24 часов до утра следующего дня.

Последний раз пациент собирает ночную и утреннюю мочу в точно отмеченное время (6 или 7 часов утра). Количество мочи следует измерить, написать на направлении, прикрепленном на банку, и доставить в лабораторию в этой же емкости.

Если доставляется часть суточной мочи, то все собранное количество следует тщательно перемешать, измерить, отлить около 200 мл в маленькую банку и указать в направлении все данные о пациенте и количестве, собранном за сутки. Следует внимательно собирать мочу и измерять количество, т. к. неправильные данные искажают результаты анализа и ведут к неправильной диагностике.

Исследование мочи на креатин, мочевую кислоту, суточную потерю белка, СА, Р

Доставляется суточная порция мочи или около 200 мл из суточного количества с указанием всего количества собранной мочи.

Исследование мочи на 17-кетостероидов или 17-ОК

Доставляется суточное количество мочи. Можно доставить около 200 мл мочи из суточного количества, тщательно перемешав и измерив предварительно весь объем. Указать все собранное за сутки количество. В направлении обязательно указать диагноз, применяемые лекарственные средства. Перед исследованием за 2 недели прием: тестостерона, мепробамата, либриума, элениума, метилкрилона, паральдегита, пиридиума, хлорпропазина, диамокса, дигитоксина, хлортиазида.

За 2—3 дня исключить из питания: свеклу, морковь, поливитамины — все, что окрашивает мочу.

Исследование мочи на эстрогены

Доставляется суточное количество мочи или его часть с указанием суточного диуреза. В направлении указать срок беременности. За 3 дня отменить прием производных фенола (уротропин, фенолфталеин и т. д.).

Исследование мочи на катехоламины (адреналин, норадреналин)

В лаборатории получить консервант. Анализ можно проводить в суточной моче или порционной. За 2—3 дня перед сбором мочи исключить из пищи бананы, ананасы, сыр, крепкий чай, свеклу, морковь, лекарства — антибиотики тетрациклинового ряда, хинин, хинигин, седатидные, психотропные средства, адреноблокаторы, ингибиторы. Мочу собирать в банку, обернутую черной бумагой. При сборе суточного количества в банку наливают консервант — 50—100 мл. Во время сбора мочу хранить в холодильнике. Можно заморозить. Порционную мочу измерить и добавить консервант в том же соотношении.

Исследование мочи на сахар

В течение суток собирают всю мочу в один баллон без консерванта, которую надо хранить в холодном месте. По окончании сбора

мочу в баллоне тщательно взбалтывают, отмечают общее количество, отливают 200 мл и отправляют в лабораторию. На этикетке пишут «Моча на сахар». Когда требуется определить количество сахара в отдельных порциях, то мочу собирают в три разные емкости (с 6.00 до 14.00, с 14.00 до 22.00, с 22.00 до 6.00) и соответственно мочу отправляют в трех банках с указанием количества мочи.

Правила взятия биопроб для бактериологического исследования

Любой материал для бактериологических исследований необходимо собирать только в стерильную посуду, соблюдая правила асептики, и до лечения антибактериальными препаратами (посуда готовится в бактериологической лаборатории). Собранный материал должен быть доставлен в лабораторию, возможно в короткие сроки, но не позже 1—2 часа после забора. В исключительных случаях материал может храниться при комнатной температуре (кровь на стерильность) и в холодильнике при t = +4° С до 2—4 часов — весь остальной материал. Транспортировка проб в лабораторию должна осуществляться в специальных емкостях с соблюдением правил противоэпидемической безопасности. Материал, направляемый на бактериологическое исследование, сопровождается направлением, где необходимо указать: ЛПУ, отделение, номер палаты, Ф. И. О. пациента, возраст, вид доставленного материала, цель исследования, дату и время забора материала.

Технология взятия мочи на флору

Мочу для бактериологического исследования берут с помощью стерильного катетера, который вводят после тщательного обмывания наружных половых органов и спринцевания переднего отрезка уретры. Даже при соблюдении этих предосторожностей первую порцию мочи выливают, а в стерильный сосуд собирают последующие порции. В тех случаях, когда почему-либо нельзя ввести катетер, пациенту после тщательного подмывания и спринцевания предлагают помочиться самому; при этом также используют только вторую порцию мочи, которая прошла через мочеиспускательный канал, уже обмытый первой порцией. Исследование мочи должно производиться по возможности вскоре после ее выделения, иначе попавшие в нее, несмотря на все предосторожности, случайные микробы быстро размножаются и затрудняют определение патогенной флоры.

Кал

Правила взятия кала на исследование

Кал формируется в толстом кишечнике и состоит из остатков пищи, в основном из растительной клетчатки. Часть массы кала составляют живые и мертвые микробы. Кал для исследования должен быть собран в чистую, сухую и достаточно просторную, по возможности, стеклянную посуду. Собирают кал сразу после дефекации, желательно в теплом виде, чтобы в нем не произошли

изменения под действием ферментов и микроорганизмов. Для исследования кал лучше посылать после самостоятельного акта дефекации.

Исследование кала на яйца глистов

Для анализа на яйца глистов кал доставляется в лабораторию в небольшом количестве в сухой стеклянной посуде без подготовки пациента.

Исследование кала на вегетативную форму

Кал должен быть обязательно свежевыделенный. Исследовать необходимо не позже 15—20 минут после дефекации, т. к. вегетативные формы быстро погибают во внешней среде. Кал на простейшие не исследуют после масляных клизм, приема бария, висмута и пр.

Исследование кала на копрограмму

Сбор материала после предварительной подготовки пациента (в течение 4—5 дней пациент получает диетическое питание по Шмидту или Певзнеру) в посуду светлого стекла емкостью от 30 до 100 (250) мл.

Исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)

В течение 3—4 дней перед исследованием исключить из пищи яйца, мясо, рыбу, яблоки, зеленые овощи и лекарства с карболеном, висмутом, железом.

Исследования кала на кишечную группу инфекций (сальмонеллез, дизентерия, энтеропатогенные кишечные палочки)

Нативный материал забирается активным методом в пробирку с консервантом с помощью ректальной петли или пассивным методом из индивидуального судна, отмытого от дезинфицирующего раствора, с помощью деревянной палочки. 3—5 г фекалий помещают в стерильную баночку. Доставка в лабораторию — немедленно, допускается хранить материал в холодильнике, если забор произведен позже 15.00.

Исследования кала на дисбактериоз

Нативный материал забирается в стерильную сухую баночку (готовит посуду только бактериологическая лаборатория) в количестве 1—2 граммов. Нецелесообразно назначать этот вид обследования на фоне антибактериального лечения и лечения биопрепаратами.

Если таковые применяются, это необходимо указать в направлении.

Доставка в лабораторию немедленно.

Соскоб на энтеробиоз

Соскоб производится медсестрой на отделении с анальных складок пациента утром без предварительного подмывания. Бе-

ется прозрачная липкая лента (скотч), кусочек ее прикладывают к анальному отверстию, затем приклеивают на стекло и отправляют в лабораторию.

Мокрота

Правила взятия мокроты на исследование

Мокрота — патологический секрет, выделяющийся из дыхательных путей при кашле и отхаркивании.

Появление мокроты всегда свидетельствует о наличии патологического процесса в дыхательных путях. По характеру различают слизистую, серозную, гнойную, смешанную и кровянистую мокроту.

Для исследования в лабораторию направляют либо утреннюю, полученную после сна мокроту, либо все суточное количество. Мокроту лучше брать до приема пищи (предварительно пациент должен почистить зубы и прополоскать рот). Собирают мокроту в чистую сухую стеклянную баночку или специальную плевательницу, закрытую плотной крышкой. Количество мокроты для обычного анализа не должно быть более 3—5 мл. По мере надобности мокрота отправляется на специальные исследования.

Исследования на атипичные (опухолевые) клетки

Свежевыделенную мокроту собирают в плевательницу и сразу направляют в лабораторию, т. к. опухолевые клетки быстро разрушаются.

Исследование мокроты на наличие туберкулезных палочек

Проводится методом флотации. При этом мокрота собирается в течение суток в стерильную плевательницу. Если мокрота выделяется мало, то ее собирают на протяжении 3 суток, сохраняя плевательницу в прохладном месте.

Исследование на чувствительность к антибиотикам

Пациент утром делает несколько плевков в стерильную чашку Петри, которая доставляется сразу в бактериологическую лабораторию. Мокрота отправляется в сосуде, снабженном этикеткой, на которой указывается Ф.И.О. пациента, цель исследования. Медицинская сестра должна следить, чтобы карманные плевательницы или банки всегда были чистыми.

Для этого их ежедневно промывают теплой водой и кипятят в 2% растворе питьевой соды в течение 15 минут.

Желудочное зондирование

Накануне зондирования легкий ужин не позднее 6 часов вечера. Зондирование проводится натощак. Пациенту перед исследованием нельзя пить, курить, принимать лекарства; имеющиеся съемные челюсти перед зондированием снять. Пациенту с пони-

женной кислотностью и с застойными явлениями рекомендуется на ночь промыть желудок. В день исследования необходимо измерить АД.

Дуоденальное зондирование

Накануне зондирования легкий ужин не позднее 6 часов вечера. В 22—23 часа рекомендуется принять 2 столовые ложки меда или 0,25 стакана сахарного песка с небольшим количеством воды. Зондирование производится в лаборатории.

Исследование синовиальной жидкости

Жидкость собирается в чистую пробирку и доставляется в максимально короткий срок: оптимально в течение 10—15 минут. Желательно иметь две порции жидкости, особенно если в ней обнаруживается кровь.

Спинно-мозговая жидкость (ликвора)

После взятия немедленно доставляется в лабораторию. При подозрении на туберкулезный менингит доставляется в двух пробирках — одну из них нельзя встряхивать — для обнаружения фибринозной пленки, которую исследуют на туберкулезные палочки.

Бактериологическое исследование ликвора

Взятие спинно-мозговой жидкости производится до начала антибактериального лечения. В стерильную пробирку со строгим соблюдением правил асептики в количестве 1—2 мл. Ликвор доставляется для посева немедленно после взятия, избегая охлаждения, т. к. некоторые микроорганизмы при охлаждении погибают.

Экссудаты и транссудаты

Плевральную жидкость собирают в чистую посуду (колбу, цилиндр, пробирки). Все количество тотчас направляют на исследование. Не рекомендуется доставлять часть жидкости (например, одну пробирку из всего взятого материала).

Исследование мазка на дифтерию

Слизь из зева и носа, а также с других нетипичных мест поражения (кожа, глаза, уши) забирается на ватные сухие тампоны, смонтированные на деревянных палочках, натощак или через 2—2,5 часа после еды. Доставляют в лабораторию немедленно.

Исследование отделяемого влагалища и уретры на гонококки, трихомонады и флору

Каплю отделяемого равномерно распределяют на чистом предметном стекле. Высушивают на воздухе и доставляют в лабораторию с направлением.

Исследование на половой хроматин

Перед взятием материала со слизистой оболочки рта нужно тщательно прополоскать рот теплой водой.

Кровь на общий клинический анализ

Кровь на клинический анализ берется из вены во флакон с трилоном в количестве 2 мл. После взятия кровь аккуратно перемешать с консервантом. При необходимости повторить отдельные гематологические тесты пациент направляется в лабораторию для взятия крови из пальца. Лаборант в отделении берет кровь у пациента натощак из пальца. Не рекомендуется взятие крови после физической нагрузки, после применения медикаментов, особенно при внутримышечном или внутривенном введении их, после воздействия рентгеновских лучей и физиотерапевтических процедур.

4. Технология подготовки пациентов к специальным исследованиям

Стандарт подготовки пациентов к специальным исследованиям

Для диагностики многих заболеваний большое значение имеют методы специального исследования. Современная медицина располагает многочисленными диагностическими методами, некоторые из которых требуют специальной подготовки исследуемого органа и самого пациента. Подготовку пациентов, как правило, проводит медицинская сестра. От того, насколько правильно она это сделает, во многом будет зависеть качество полученных данных.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Перед исследованием грудной клетки пациента освобождают от одежды, мазевых повязок, наклеек из лейкопластыря.

Рентгенологическое исследование пищевода

Для исследования пищевода по поводу инородного тела подготовки не требуется. При исследовании по поводу спазмов с целью отличить их от органического сужения рекомендуется провести предварительный курс противоспазмолитического лечения или ввести за 15 минут до исследования 1,0 мл 0,1% раствора атропина или 0,5% раствора дибазола. При выраженном органическом сужении пищевода перед исследованием по указанию врача медсестра отсасывает из пищевода скопившуюся жидкость при помощи толстого зонда и резиновой груши. После удаления жидкости пищевод нужно промыть теплым раствором пищевой соды.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

Главным в подготовке желудка и двенадцатиперстной кишки к рентгенологическому исследованию является освобождение их от содержимого (пищевых масс) и газов. Перед исследованием не разрешается употреблять грубую пищу (черный хлеб, картофель),

способствующую образованию газов. Ужинать можно не позднее 20.00, утром пациент не должен принимать пищу, пить воду, курить. Вечером и утром, за 2 часа до исследования, кишечник очищают клизмой. Применение слабительных средств для очищения кишечника противопоказано, так как они способствуют газообразованию. Если пациент страдает непроходимостью антрального отдела желудка (опухолевый или язвенный стеноз), то желудочное содержимое необходимо эвакуировать с помощью толстого зонда с последующим промыванием до чистой воды, утром в день исследования ничего не есть и не пить.

Подготовка пациентов к ирригоскопии

Накануне вечером (после ужина) очистительные клизмы до чистой воды. Утром в 6—7 часов в день исследования очистительные клизмы до чистой воды. Пациентов завтраком не кормить! В рентгеновский кабинет направить со своей простыней.

Подготовка пациентов к в/в урографии

За 24—12 часов до исследования провести пробу на чувствительность к йодосодержащему контрастному препарату, который будет применен для исследования. Для этого в/в в кубитальную вену вводят 1 мл препарата. Оценивается реакция на введение. Препарат применять нельзя, если у пациента после пробы появится зуд кожных покровов, аллергический насморк, конъюнктивит, головная боль, тошнота или рвота. Если проба не проведена, пациента на исследование в рентгеновский кабинет имеют право не брать. В истории болезни должна быть отметка о проведении пробы на чувствительность к контрастному препарату с подробной реакцией на нее (или об отсутствии таковой) за подписью медицинской сестры, в течение 6—12 часов наблюдавшей за пациентом. В день исследования делается очистительная клизма и, если исследование проводится во второй половине дня, пациент может съесть бутерброд и выпить стакан чая. В рентгеновском кабинете после обзорного снимка мочевыводящих путей внутривенно быстро вводят контрастный препарат от 20 до 40 мл. Процедурная сестра при этом наблюдает за пациентом, не вынимает иглу из вены после введения контраста еще в течение 1—2 минут. Только убедившись в отсутствии у пациента аллергической реакции, иглу из вены можно удалить.

Подготовка пациентов к холецистографии

Исследование желчного пузыря (концентрационная холецистография) основано на способности печени улавливать из крови и выделять с желчью некоторые контрастные вещества, концентрирующиеся в желчном пузыре. Для холецистографии применяют контрастные вещества: билитраст, йопагност, холевид и другие, которые вводятся в организм оральным способом.

Подготовка пациента к проведению оральной холецистографии зависит от способа введения констрастного вещества. Нака-

нуне исследования вечером после ужина — очистительная клизма, затем с 20 до 21 часа с интервалом в 10 минут принять 6 таблеток контрастного вещества (йопагност, холевид, билимин и т.д.), если пациент тучный, доза удваивается. В день исследования не завтракать! Таблеток не принимать. В рентгеновский кабинет прийти с желчегонным завтраком (2 сырых яйца, или 100 г сметаны, или 20 г сливочного масла на тонком кусочке хлеба).

Исследование желчного пузыря и протоков (внутривенная выделительная холангиохолецистография)

Это метод искусственного контрастирования желчных путей, основанный на физиологической способности печени выделять с желчью введенные в кровь органические соединения с большим содержанием йода. Для контрастирования желчных путей применяются следующие растворы: билигност (ампула 20 мл 20% или 50%).

Подготовка к внутривенной холангиохолецистографии включает в себя обязательное проведение пробы на переносимость пациентом контрастного препарата. Для этого накануне или за несколько дней до исследования пациенту внутривенно вводят 1—2 мл контрастного вещества. Признаками повышения чувствительности к препарату являются общая слабость, слезотечение, чихание, насморк, зуд кожи, тошнота, рвота, а также появление красноты, болезненности и припухлости кожи в области инъекции.

Утром перед исследованием пациент не должен принимать пищу. Пациентам, страдающим запорами и метеоризмом, за несколько дней до исследования назначают слабительные в небольших дозах и исключают продукты, способствующие газообразованию. Накануне вечером и утром делается очистительная клизма.

Контрастное вещество вводится внутривенно (обычно в вену локтевого сгиба) при горизонтальном положении пациента в рентгеновском кабинете. Контрастное вещество предварительно подогревается до температуры тела и вводится в течение 5—8 минут. После введения 5 мл контрастного вещества делается перерыв на 2—3 минуты. Взрослым пациентам средней массы вводят 20 мл 20% раствора билиграфина или 30 мл 20% раствора билигноста. При исследовании тучных пациентов, лиц, перенесших ранее холецистэктомию, рекомендуется применять 20 мл 50% билиграфина или 40 мл 20% раствора билигноста.

Подготовка к ретроградной панкреатохолангиографии

Подготовка продолжается 2 дня. Исключаются из рациона желчегонные и богатые клетчаткой продукты. Накануне исследования делается очистительная клизма. Пациентам с повышенной возбудимостью нервной системы дают седативные средства на ночь. Вечером накануне можно принимать только сладкий чай и воду. Для релаксации 12 п. к. за 20—25 минут до исследования подкож-

но вводят 2,5% раствор бензогексония 1,0 мл; 0,1% раствор атропина 1,0. При весе пациента более 70 кг вводится 2% раствор бензогексония. В кабинет пациент доставляется на каталке.

Подготовка к ангиографическому обследованию

Ангиография — метод исследования внутренних органов пациента с помощью специальных рентгеноконтрастных препаратов, которые вводят внутриартериально. Накануне исследования пациентов не кормят ужином и завтраком, проводят пробы на йод и новокаин (результаты проб отметить в истории болезни). Вечером необходимо сделать 2 очистительные клизмы и утром.

Подготовка пациентов на томографию и ЯРМ

Особой подготовки не требуется. Желательно иметь на пациенте хлопчатобумажное белье, металлические изделия (часы, серьги) снять.

Подготовка пациентов к бронхографии

Бронхография — рентгенологическое исследование бронхов и трахеи после предварительного заполнения их просвета контрастным веществом.

Подготовка пациента:

— предварительно проба на индивидуальную переносимость йодистых препаратов (пациенту в течение 2—3 дней дают по 1 ст. ложке 3% раствор йодида калия);

— разъяснение пациенту цели и сущности предстоящего исследования;

— при наличии гнойной мокроты за 3—4 дня очищение бронхиального дерева (дренаж бронхов соответствующим положением пациента в кровати, сухоядение, отхаркивающие и бронхорасширяющие средства);

— за 30—60 минут до бронхографии назначают фенобарбитал — 0,1 г, атропин 0,1% — 1 п/к, пипольфен — 0,025 г, седуксен — 0,005 г.

Осложнения при бронхографии могут быть связаны с анестезией, реакцией на введение контрастного вещества и задержкой последнего в легких. После бронхографии возможно повышение температуры — таких пациентов укладывают в постель, дают обильное питье, успокаивающие и снотворные средства. За ними необходим хороший уход.

Рентгенологическое исследование позвоночника

Рентгеновское исследование шейного и грудного отделов позвоночника специальной подготовки не требует. Готовить пациента надо для рентгеновского исследования поясничного отдела позвоночника, так как наличие большого скопления газа в кишечнике мешает получению качественных рентгенограмм. Подготовка проводится так же, как при исследовании почек.

Эндоскопические исследования

В последнее время в клиническую практику стали широко внедрять эндоскопические методы исследования, позволяющие с помощью специальных приборов — эндоскопов — увидеть состояние внутренней поверхности исследуемого органа. Среди этих методов чаще всего применяются следующие: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, лапароскопия.

Исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастродуоденоскопия)

Производится с помощью специальных эндоскопов, снабженных волоконной оптикой. Основная задача при подготовке пациента к данному исследованию — чистить желудок и двенадцатиперстную кишку от содержимого. Для этого накануне пациент должен поужинать не позднее 20 часов, а утром перед исследованием ему запрещается принимать пищу, пить воду и курить. При непроходимости антрального отдела желудка перед исследованием он должен быть промыт с помощью толстого зонда до чистой воды.

Если пациенту предполагается произвести исследование фатерова сосочка двенадцатиперстной кишки, то в комплекс подготовительных манипуляций включается применение препаратов, вызывающих релаксацию двенадцатиперстной кишки (1 мл 0,1% раствора метацина внутримышечно за 20—30 минут до исследования). Такое же действие на двенадцатиперстную кишку оказывает введение пациенту за 40—60 минут до исследования 1 мл 0,1% раствора атропина и 2 мл 2,5% раствора бензогексония.

Исследование толстой кишки (колоноскопия)

Результаты колоноскопии в значительной мере зависят от качества подготовки кишечника к исследованию. Техника подготовки сводится к следующему. За 3 дня до исследования пациенту назначается бесшлаковая диета. Накануне перед исследованием в 12—14 часов пациент принимает 50 мл касторового масла, а вечером в 19 и 20 часов и утром в день исследования ставятся очистительные клизмы с интервалом в 1 час, и через 2—3 часа после последней клизмы пациент направляется в эндоскопический кабинет.

В тех случаях, когда пациент страдает хроническими запорами и слабительные препараты действия не оказывают, подготовка к колоноскопии проводится путем применения сифонных клизм. Отрицательным моментом такой подготовки является наличие выраженной реакции со стороны слизистой кишки на введение воды в просвет кишечника.

Исследование дистального отдела толстого кишечника и прямой кишки (ректороманоскопия)

Подготовка пациента к этому исследованию заключается в проведении очистительной клизмы накануне (вечером и утром за 1—2 часа до исследования).

Исследование органов брюшной полости (лапароскопия)

Производится для выявления патологических изменений в органах брюшной полости. Проведение этого исследования требует обязательного участия специалиста и должно проводиться в условиях строгой асептики.

Подготовка пациента к лапароскопии должна быть такой же, как к любой операции на органах брюшной полости. Накануне исследования пациенту очищают кишечник, он принимает гигиеническую ванну, на ночь назначают седативные препараты, утром запрещается есть и пить воду. За час до исследования вводят 1 мл 2% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина. В эндоскопический кабинет или в операционную пациент доставляется, лежа на каталке.

Подготовка пациентов к бронхоскопии

Бронхоскопия — метод визуального (зрительного) исследования внутренней поверхности трахеи и бронхов с помощью специального прибора — бронхоскопа. Диагностическая бронхоскопия предпринимается с целью установления или уточнения диагноза при опухолях трахеи или бронхов, гнойных заболеваниях бронхов и легких, туберкулезе легких и других заболеваниях дыхательных путей. Лечебная бронхоскопия производится с целью удаления из трахеи и бронхов инородных тел, бронхиального секрета и для местного применения лекарственных препаратов.

Бронхоскопию производят натощак или через 2—3 часа после легкого завтрака в перевязочной или эндоскопической. Бронхоскопия в положении сидя может осуществляться только под местной анестезией.

Порядок обследования пациентов в радиоизотопной лаборатории

Прямыми ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ к радиоактивным препаратам (их применениям) являются:

1. Беременность.

2. Период лактации.

3. Лейкопения и гипопластическая анемия.

Подготовка пациента к обследованию **щитовидной железы** при помощи йода-131.

1. Перед обследованием необходимо исключить применение препаратов:

а) йода и брома за 3 месяца;

б) резерпина, барбитуратов, транквилизаторов и седативных средств за 2 месяца.

2. Не направлять на обследование пациента, которому за 2—3 недели до этого было проведено обследование с применением рентгеноконтрастных веществ, в состав которых входит йод (хо-

лецистография, холангиография, в/в урография), а также проводилось смазывание кожи настойкой йода и обработка кожи раствором Люголя.

3. В первый день исследования пациент приходит в лабораторию натощак.

4. Сцинтиграфия щитовидной железы с йод-131 проводится в связи с наличием у пациента онкологического заболевания или при подозрении на него, а также позволяет решить вопрос о выборе лучевого или оперативного метода лечения неонкологического заболевания.

Подготовка пациентов к обследованию функции печени и желчного пузыря (динамическая ГБСГ).

На данное исследование пациент приходит натощак. Необходимо с собой принести 2 сырых яйца.

Исследование пациентам поджелудочной железы проводится лишь в связи с наличием онкологического заболевания или при подозрении на него. Подготовка пациента к обследованию с применением йода-131 (за исключением обследования щитовидной железы), а именно: гепатографии и ГБСГ с йод-131 обязателен прием внутрь раствора Люголя 2% по 10—15 капель 3 раза в день или 10% по 3—5 капель 3 раза в день в течение 3 дней до исследования и 3 дней после исследования.

О кормлении пациентов.

При всех исследованиях, кроме первого дня исследования, щитовидной железы и динамической ГБСГ, ЗАВТРАК ОБЯЗАТЕЛЕН.

О возрасте пациентов.

Исследования с препаратами йод-131, кроме исследования йодпоглотительной функции щитовидной железы, а также исследования печени и почек с препаратами золота и ртути проводятся у лиц не моложе 40 лет.

О сочетании исследований.

1. Не разрешается одновременное — в один день — проведение изотопных и рентгенологических исследований.

2. Во всех случаях, когда требуется проведение более одного изотопного исследования, обязательна консультация врача-радиолога о порядке и сроках исследований.

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА РАДИОИЗОТОПНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА РАДИОИЗОТОПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Подготовка пациентов к исследованию в отделении функциональной диагностики

Не принимать лекарственных средств, влияющих на сосудистый тонус.

ЭМГ — в день исследования не принимать миорелаксанты.

ЭЭГ — за 5 дней до исследования не принимать противосудорожные препараты, за 1—2 дня помыть голову.

ВЭМ — проводится натощак или через 2 часа после приема пищи. При отсутствии медикаментозного фона (бета-блокаторы, сердечные гликозиды, мочегонные в день исследования не принимать).

ФВД — до исследования не принимать бронхолитические препараты, в день исследования не курить.

Периферическая РВГ — в день исследования не принимать препараты, влияющие на сосудистый тонус.

ТОГ — проводится в условиях основного обмена.

УЗИ — сердца, указать, был ли у пациента инфаркт миокарда.

ЭКГ — измерить пациенту АД, указать, был ли инфаркт миокарда, получает ли сердечные гликозиды.

Подготовка пациента к исследованию основного обмена

1. В течение 3—4 дней питание должно быть смешанным, без чрезмерного употребления белков и углеводов, с исключением чая и кофе.

2. Накануне исследования последний прием пищи в 18 часов.

3. При направлении на исследование указать точный рост и вес пациента, измеренные накануне.

4. Исследование проводится с 9 часов утра.

В день исследования утром пациент соблюдает постельный режим.

5. Констатация смерти

Состояние, в котором находится пациент между жизнью и смертью, называется терминальным (лат. terminale — конечный). Это состояние включает в себя 3 стадии. В предагональном состоянии сознание пациента еще сохранено, но оно спутано, артериальное давление постепенно снижается, пульс резко учащается и становится нитевидным, дыхание учащается и углубляется, кожные покровы бледнеют. Предагональное состояние при многих хронических заболевания может продолжаться в течение нескольких часов и заканчивается развитием терминальной паузы (кратковременное прекращение дыхания), продолжающейся от 5—10 до 3—4 мин и сменяющейся агональным периодом. При развитии у пациента терминального состояния следует обязательно информировать об этом родственников.

В состоянии агонии (гр. agonia — борьба) вначале отмечается некоторое повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, иногда даже восстановление сознания (непродолжительное, до нескольких минут). Вслед за этим кажущимся улучшением сознания резко падает артериальное давление

(до 10—20 мм рт.ст.), сердечные сокращения урежаются (до 20—40 в мин), дыхание становится неравномерным, поверхностным, с редкими, короткими и глубокими дыхательными движениями и, наконец, совсем прекращается, сознание угасает. Происходят непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Зрачки расширяются, исчезает роговичный рефлекс. Наблюдаются общие тонические судороги, температура тела снижается на —2° С. Продолжительность агонального периода у пациентов, умирающих от хронических заболеваний, — несколько часов, после чего развивается клиническая смерть. Признаками клинической смерти являются отсутствие реакции зрачков на свет, отсутствие дыхания, пульса на сонной артерии сознания. Продолжительность этого периода 5—6 мин (в этот короткий период еще возможно восстановление жизненно важных функций с помощью реанимационных мероприятий). Вслед за периодом клинической смерти развиваются необратимые изменения, характерные для биологической смерти, при которой полного восстановления функций различных органов достичь уже не удается. Лучше не оставлять близких наедине с умирающим или умершим. Медицинская сестра должна быть готова оказать им психологическую поддержку, усадить, дать воды.

Наступление биологической смерти констатирует врач. После того как врач зарегистрировал факт смерти в карте стационарного больного, следует:

1) поставить ширму у кровати умершего (если в палате находятся другие больные, можно вывезти кровать в другое помещение);

2) убрать подушку;

3) снять одежду с умершего;

4) уложить умершего на спину, закрыть ему глаза, подвязать нижнюю челюсть, разогнуть конечности;

5) укрыть умершего простыней.

Выполнив все эти действия, труп оставляют в отделении на 2 ч. По истечении этого срока труп осматривают, и при наличии так называемых достоверных признаков смерти (трупное окоченение, трупные пятна, снижение температуры тела ниже 20° С) медицинская сестра записывает чернилами на бедре умершего его фамилию и инициалы, номер карты стационарного больного. Труп перевозят на специальной каталке в патолого-анатомическое отделение для последующего вскрытия с сопроводительным документом, который заполняет врач.

Вещи умершего, бывшие при нем в отделении, собирают, описывают и передают родственникам. Ценности с умершего медицинская сестра снимает в лечебном отделении в присутствии дежурного врача, оформляя это актом, и также передают родственникам.

Постельные принадлежности с койки умершего, включая матрац, подушки и одеяла, помещают в мешок и отдают на дезинфекцию.

Кровать и тумбочку протирают в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима.

Раздел 4. Лекарственная помощь

1. Правила выписки и хранения лекарственных средств

Выписка лекарств в отделении производится старшей медсестрой согласно письменным заявкам палатных сестер в соответствии с потребностями отделения, на бланках-требованиях ф. АП-16, отпечатанных типографским способом. Экстемпоральные лекарственные средства выписываются палатными, процедурными медсестрами с заполнением граф «Аптека № ...», «Кому», «Наименование товара», «Доверенность № ... от ...», «Единицы измерения», «Затребовал». Бланки-требования подписываются заведующим отделением и старшей медсестрой и сдаются на подпись начмеду.

Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначения лекарств несет заведующий отделением. Медикаменты должны храниться в запирающихся шкафах, где имеются отдельные полки: «Внутренние», «Глазные капли», «Инъекционные растворы» и т. д. Из аптеки лекарства поступают в готовом к употреблению виде, с точным и ясным обозначением на сигнатуре или этикетке: «Внутреннее», «Наружное» и т. д. При отсутствии на упаковках лекарств перечисленных обозначений хранение и применение лекарств в ЛПУ не разрешается. Расфасовка, рассыпка, развеска, переливание и перекладывание в тару отделения (кабинета), а также замена этикеток категорически запрещается. Сильнодействующие, ядовитые и наркотические лекарственные средства должны храниться в отдельном шкафу под замком (сейф). Лекарственные средства для парентерального применения, внутреннего употребления и для наружного применения должны храниться раздельно на отдельных полках. Запас лекарственных средств не должен превышать 10-дневной потребности.

Приказ МЗ СССР от 03.07.68 № 523

Приказ МЗ СССР от 02.06.78 № 747

Приказ МЗ РФ от 12.11.97 № 330

Правила хранения и использования сильнодействующих, ядовитых и наркотических лекарственных средств

Сильнодействующие, ядовитые и наркотические лекарственные средства хранятся в сейфах или железных шкафах. На внут-

ренней стороне дверок шкафа (сейфа) делают надпись «Группа А» и помещают перечень этих средств с указанием высших разовых и суточных доз, список противоядий, список сотрудников,допущенных к сейфу в отделении. Запасы ядовитых средств не должны превышать 5-дневной, наркотических средств — 3-дневной потребности.

Для оказания экстренной помощи в вечернее и ночное время по жизненным показаниям разрешается создавать в приемных отделениях стационаров пятидневный резерв наркотических средств. Указанный резерв может быть использован по разрешению ответственного дежурного врача во всех подразделениях стационара.

Применение наркотических средств по назначению врача проводится процедурной или палатной сестрой в присутствии врача с отметкой о проведении инъекции в истории болезни и листе назначения.

Лекарственные наркотические средства подлежат предметно-количественному учету в журналах (ф. 60-АП), которые должны быть прошнурованы, пронумерованы, подписаны заместителем главного врача по лечебной части и скреплены печатью лечебного учреждения. Ключи от шкафов или сейфа хранятся только у лиц, ответственных за хранение, расход наркотических средств, назначенных приказом по ЛПУ и имеющих допуск для работы с наркотическими средствами. В местах хранения и на постах медицинских сестер должны быть таблицы высших разовых и суточных доз сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств, а также таблицы противоядий.

За нарушение правил хранения и хищение ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств медицинский персонал несет уголовную ответственность.

Приказ МЗ РФ от 12.11.97 № 330

Приказ МЗ СССР от 03.07.68 № 523

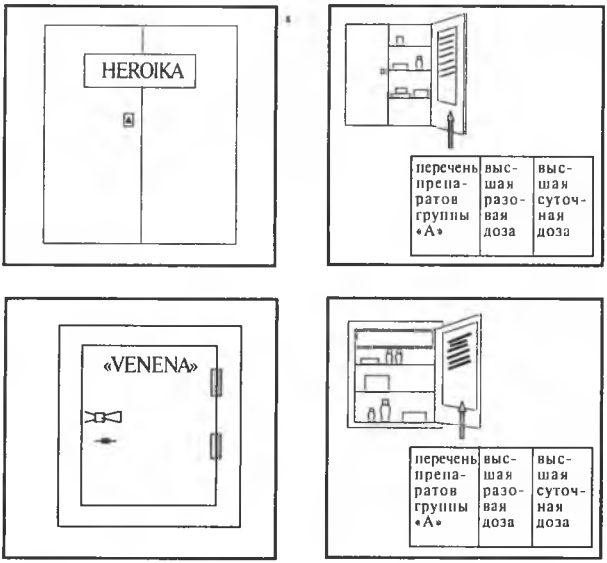


Рис. 1. Хранение лекарственных средств списка А и В.

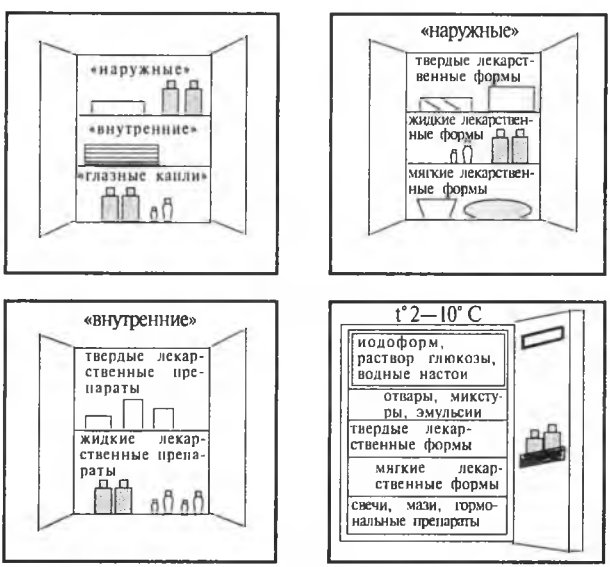


Рис. 2. Размещение лекарственных средств на посту.

Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в фармацевтических (аптечных) организациях и лечебно-профилактических учреждениях

1. Перечень наркотических лекарственных средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

2. Лекарственные средства, входящие в список № 1 «Сильнодействующие вещества» ПККН.

3. Лекарственные средства, входящие в список № 2 «Ядовитые вещества» ПККН.

4. Апоморфина гидрохлорид, атропина сульфат, гоматропина гидрохлорид, дикаин, лития оксибутират, пахикарпина гидройодид списков А и Б.

5. Этиловый спирт.

Высшие разовые и суточные дозы некоторых медикаментов группы «А»

Атропина сульфат	внутрь и п/к	0,001	0,003
Дигитоксин	внутрь	0,0005	0,001
Изоланид	внутрь	0,0005	0,001
	в/в	0,0004	0,0008
Морфина гидрохлорид	п/к	0,02	0,05
Дипидолор	наркоз	0,01	0,015
Неодикумарин	внутрь	0,3	0,9
Омнопон	внутрь и п/к	0,03	0,1
Оксазил	внутрь	0,025	0,05
Платифиллин	внутрь и п/к	0,01	0,03
Промедол	внутрь	0,05	0,2
	и п/к	0,04	0,16
Прозерин	внутрь	0,015	0,05
	и п/к	0,002	0,006
Резерпин	внутрь	0,002	0,01
Строфантин	в/в	0,0005	0,001
Тропацин	внутрь	0,03	0,1
Целанид	внутрь	0,0005	0,001
	и в/в	0,0004	0,0008
Циклодол	внутрь	0,01	0,02

Циклофосфан	в/м	0,2	ежедневно,
	в/в	0,4	или ч/з день,
		0,6	или ч/з 2 дня
Этилморфина гидрохлорид	внутрь	0,03	0,1
Фентанил	наркоз	0,05—0,1 мг	(0,1—2,0 мл,
	при болях	0,5—2,0 мл в/м, в/в	0,005% раствора)

Примечание. Высшие дозы ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, указанных в списке, рассчитаны на взрослых людей, достигших 25-летнего возраста; в каждом отделении список высших разовых и суточных доз должен быть расширен лекарственными средствами группы «А» по профилю отделения.

Сроки годности лекарственных средств, изготовленных в аптеке

1. Инъекционные растворы, изготовленные во флаконах, герметично укупоренных резиновыми пробками под обкатку — 30 суток

за исключением:

а) раствора глюконата кальция 10% — 7 суток

б) растворов фурагина 0,1% — 7 суток

в) раствора дибазола 0,5%, 1% — 60 суток

Вскрытые флаконы должны использоваться в течение суток, на флаконе ставить дату вскрытия.

2. Глазные капли

Глазные капли, изготовленные во флаконах, герметично укупоренных резиновыми пробками под обкатку, простерилизованные — 30 суток

за исключением:

а) раствора левомицетина 0,25% — 7 суток

б) капель, содержащих раствор аскорбиновой кислоты — 7 суток

Глазные капли, изготовленные асептически (непростерилизованные) при температуре не выше 25° — 2 суток

в холодильнике (3—5° С) — 5 суток

3. Растворы и микстуры для внутреннего применения:

— микстура Кватера (в холодильнике при температуре 3—5° С) — 10 суток

— микстура от кашля с настырно-анисовыми каплями при комнатной температуре — 2 суток

— раствор сульфата магния 33% — 15 суток

— настоя травы термопсиса (в холодильнике) — 10 суток

— раствор амидопирина 0,5—1% (в холодильнике), — 5 суток

Остальные микстуры, содержащие настои, отвары, слизи: в холодильнике — не более 2 суток

Остальные растворы для внутреннего применения — 10 суток

4. Порошки состава:

— димедрол 0,005 — 30 суток

— сахар 0,2

— остальные — 10 суток

5. Капли для носа и для наружного применения:

— раствор борной кислоты 2% — 10 суток

— раствор адреналина г/х 0,1% — при температуре не выше 25° С — 10 суток

в холодильнике 3—5° С — 30 суток

— раствор колларгола 3% — 30 суток

— раствор протаргола 2% — 30 суток

— раствор люголя 0,25% на глицерине — 30 суток

— остальные — 10 суток

6. Водные растворы, содержащие бензилпенициллин и глюкозу — 1 сутки

7. Эмульсии, суспензии — 3 суток

8. Остальные лекарственные формы (суппозитории, мази для наружного применения) — 10 суток

Основание: Приказ МЗ СССР от 03.04.91 № 96 «Об усилении контроля качества лекарственных средств, изготовляемых в аптеке».

Лекарственные средства, подлежащие хранению в холодильнике

В местах хранения лекарственных препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим. К числу лекарственных

средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры, относятся:

— бактерийные препараты (вакцины, сыворотки, анатоксины, бактериофаги);

— антибиотики;

— гормональные препараты;

— витамины, витаминные препараты;

— препараты, содержащие гликозиды;

— органопрепараты:

АТФ	
Маммофизин	Гепарин
Окситоцин	Адреналин
Питуитрин	Норадреналин
Фолликулин	Фибс
Эрготал	Лидаза
Плазмол	Интерферон
Пирогенал	Бийохинол
Препараты инсулина	Бисмоверол

— свечи, а также настои, отвары должны храниться при температуре от 2 до 10° С.

Приказ МЗ СССР от 15.05.81 № 520

2. Некоторые важные сведения о лекарствах

Лекарственные средства, несовместимые в одном шприце

1. Аскорбиновая кислота 5% пантотенат кальция 20%	— возникает желтое помутнение раствора
2. Аскорбиновая кислота 5% эуфиллин	— образуется аскорбинат этилен диамина и выделяется свободный теофиллин
3. Атропин сульфат 0,1% промедол 1%, 2% кордиамин в ампулах	— несовместимы
4. Атропин сульфат 0,1% промедол 1% витамин B_1 5%	— происходит уменьшение анальгезирующего действия промедола под влиянием атропина
5. Атропин сульфат 0,1% промедол 1% новокаин 0,5%	— уменьшается анальгезирующее действие промедола
6. Диафиллин 2,4% папаверин 2%	— в осадок выпадает папаверин — основание, под влиянием щелочной среды диафиллина

7. Диафиллин 2,4% дибазол 1%	— в осадок выпадает основание дибазола
8. Диафиллин 2,4% глюконат кальция	— выпадает обильный осадок
9. Дуплекс витамин B_1 6%	— раствор мутнеет
10. Кордиамин дибазол 1%	— образуется осадок: основание дибазола под влиянием щелочно-реагирующего кордиамина
11. Кофеин н/б 20% папаверин 2%	— в осадок выпадает бензойная кислота
12. Прозерпин 0,05% платифиллин 0,2%	— препараты являются фармакологическими антагонистами
13. Витамин B_6 5% кокарбоксилаза	— продукты гидролиза кокарбоксилазы усиливают аллергические реакции B_6
14. Витамин B_6 5% прозерин 0,05%	— под влиянием прозерина снижается витаминная активность
15. Гамма-глобулин эуфиллин 2,4%; 24%	— выделяется осадок
16. Строфантин-К 0,05% новокаин 0,5%	— вводятся отдельно
17. АТФ 1% глюконат кальция 10%	— образуется осадок
18. Кордиамин 1% дибазол 0,5%	— под влиянием pH-раствора кордиамина сразу образуется белый кристаллический осадок — основание дибазола
19. Кордиамин 1% дибазол 0,5% папаверин 2%	— то же
20. Кордиамин 1% дибазол 0,5% папаверин 2% платифиллин 0,2%	— то же
21. Магния сульфат 25% дибазол	— под влиянием pH-раствора 25% сульфата магния образуется кристаллический осадок — основание дибазола
22. Аминазин 2,5% димедрол 1% морфин 1%	— фармакологически несовместимы, возникает опасность угнетения дыхания
23. Промедол 1% атропин сульфат 0,1% дипразин-1—2,5%	— происходит уменьшение анельгезирующего действия промедола под влиянием атропина

24. Стрептомицина сульфат 100000—200000 витамин B_1 5%	— смесь фармакологически несовместима в связи с уменьшением активности стрептомицина
25. Гамма-глобулин с растворами различных витаминов	— фармакологическая несовместимость; при совместном введении усиливается аллергическое состояние
26. Эритромицин тетрациклин х/в	— растворы инактивируются
27. Стрептомицин 100000—200000 глюкоза 40%	— фармакологическая несовместимость — уменьшается активность стрептомицина
28. Раствор Рингера хлортетрациклин х/в	— выпадает осадок
29. Витамин B_{12} пантотенат кальция 20%	— несовместимы
30. Витамин B_1 — 6% Витамин B_6 — 5% Витамин B_{12}	— Витамин B_{12} усиливает аллергизирующее действие витамина B_1

Список медикаментов,
необходимых для оказания экстренной помощи

1. Строфантин 0,05% — 1,0 № 3 амп.

2. Эуфиллин 2,4% — 10,0 № 5 амп.

3. Коргликон 0,06% — 1,0 № 3 амп.

4. Ардофан 5% — 5,0 № 3 амп.

5. Пентамин 5% — 1,0 № 3 амп.

6. Лазикс 5 амп.

7. Эфедрин 5% — 1,0 № 5 амп.

8. Мезатон 1% — 1,0 № 5 амп.

9. Адреналин 0,1% — 1,0 № 5 амп.

10. Преднизолон — 3 амп. (гидрокортизон — 1 фл.)

11. Дроперидол — 1 фл. (супрастин — 3 амп.) пипольфен

12. Атропин 0,1% — № 3 амп.

13. Хлористый кальций 10% — № 3 амп. 10,0

14. Гепарин — 1 фл.

15. Новодрин № 3 амп.

16. Кокарбоксилаза № 3 амп.

17. Унитиол 5% — № 3 амп.

18. Инсулин — 1 фл.

19. Дицинон 2,0 — № 4 амп.

20. Кавинтон № 4 амп.

21. Седуксен 2,0 — № 5 амп. (реланиум)

22. Обзидан 5,0 — № 2 амп.

Растворы,
необходимые для оказания экстренной помощи

1. Полиглюкин — 1 фл.

2. Реополиглюкин — 1 фл.

3. Фибриноген — 1 фл.

4. Фибринолизин — 1 фл.

5. Полифер — 1 фл.

6. Сода 4% — 200,0

7. Аминокапроновая кислота — 1 фл.

Список медикаментов и инструментария,
необходимых для лечения анафилактического шока

1. Адреналин 0,1% — в амп. № 10

2. Норадреналин 0,2% — в амп. № 5

3. Пипольфен — в амп. № 10

4. Супрастин — в амп. № 10

5. Преднизолон — в амп. (30 мг) № 10

6. Дексаметазон — в амп. (4 мг) № 10

7. Гидрокортизон 5 мл — во фл. № 10

8. Эфедрина гидрохлорид 5% — в амп. № 10

9. Эуфиллин 24%; 2,4% — в амп. № 10

10. Мезатон 1% — в амп. № 5

11. Строфантин 0,05% — в амп. № 5 (в сейфе)

12. Коргликон 0,06% — 1,0 в амп. № 5

13. Кофеин 10% — в амп. № 10

14. Кордиамин — в амп. № 10

15. Глюкоза 40% — в амп. № 20

16. Хлористый натрий 0,9% — в амп. № 20

17. Глюкоза 5% — 500,0 стер. № 2 флакона

18. Воздуховод для дыхания «изо рта в рот»

19. Система для внутривенной инфузии (одноразовая) — 2 шт.

20. Шприцы (20,0; 10,0; 5,0; 2,0; 1,0) стерильн. — по 5 шт., иглы к ним — 60 шт.

21. Жгут резиновый — 1 шт.

22. Спирт этиловый, 70-градусный — 100 мл

23. Роторасширитель — 1 шт.

24. Кислородная подушка — 1 шт. (при отсутствии централизованной системы подачи кислорода).

3. Алгоритм действий медицинской сестры в обращении с лекарственными средствами

1. Прежде чем дать пациенту лекарство:

— вымой тщательно руки;

— внимательно прочти надпись на флаконе, пакете;

— проверь сроки годности;

— проверь назначенную дозу;

— пациент принимает лекарство в твоем присутствии;

— скажи пациенту название препарата.

2. При выполнении инъекций:

— вымой тщательно руки;

— проверь надпись на флаконе, ампуле;

— проверь сроки годности;

— поставь дату вскрытия на стерильном флаконе;

— соблюдай правила асептики — одень перчатки.

3. Храни лекарства только в упаковке, отпущенной из аптеки:

— не переливай растворы в другую посуду;

— не перекладывай таблетки, порошки в другие пакеты;

— не пиши сама этикеток и не делай своих надписей на упаковках лекарств;

— храни лекарства на отдельных полках (стерильные, внутренние, наружные, группа «А»).

Приказ МЗ СССР от 30.12.82 № 1311

4. При подозрении у пациента анафилактического шока *СРОЧНО!*:

— вызови врача через дежурный персонал;

— уложи пациента и приподними нижние конечности;

— в случае подкожной инъекции наложи жгут на конечность выше места инъекции и немедленно введи в место инъекции 0,1% раствор адреналина, 0,15—0,5 мл или 2,0 кордиамина;

— в/м введи 2,5% — 2,0 мл пипольфена, или 2% — 2,0 супрастина, или 1% — 2,0 димедрола;

— при в/в введении срочно прекрати введение лекарственного средства и в эту иглу другим шприцем введи пипольфен, или супрастин, или димедрол по 2—3 мл, разведенного на физиологическом растворе;

— обложи пациента грелками;

— измерь АД;

— дай кислород;

— постоянно наблюдай до прихода врача;

— следи за пульсом.

5. Если возникли осложнения (остановка сердца, дыхания), *ПОМНИ!*:

— от момента остановки сердца до развития необратимых изменений в головном мозге всего 4—6 минут;

— срочно вызови реанимационную бригаду через персонал;

— немедленно начинай делать непрямой (закрытый) массаж сердца и искусственное дыхание (см. технологию выполнения манипуляций и процедур).

4. Раздача лекарств

Последовательность действий:

1. Медсестра раздает лекарственные средства непосредственно из упаковки в рот пациенту и дает запить их водой (0,5 стакана).

2. Лекарственные средства раздаются не менее чем три раза в день.

3. Медсестра обязана объяснить пациенту свойства препарата и ответить на его вопросы.

4. Если лекарственное средство применяется во время еды или на ночь, медсестра обязана именно в это время принести его и дать выпить пациенту.

5. Медсестра обязана следить за тем, чтобы пациент не накапливал таблетки и родственники не приносили ему их из дома.

6. У пациента могут находиться препараты, снимающие боли в сердце (валидол, нитроглицерин, нитромазь, валокордин и др.).

5. Технология выполнения инъекций

Инъекционный способ введения в организм лекарственных препаратов характеризуется рядом особенностей. Одна из них заключается в нарушении целостности тканей в месте введения препарата, что требует соблюдения строгих правил асептики. Другая особенность связана с использованием специальных приборов, к которым относятся шприцы и иглы.

До начала процедуры, т. е. до начала сборки шприца, медицинская сестра должна тщательно вымыть руки с мылом теплой проточной водой, а затем, не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительной стерильности, хорошо протереть их спиртом. Вымытыми руками медсестра не должна дотрагиваться до посторонних предметов. Одевает перчатки, обрабатывает спиртом.

Обработка рук перед инъекцией: руки моются проточной водой с мылом, затем обрабатываются 70-градусным спиртом, одеваются перчатки, которые также обрабатываются спиртом. Между инъекциями перчатки обрабатываются спиртом. При загрязнении перчаток кровью сбросить в дезинфекцию.

Простерилизованные предметы следует брать только стерильными пинцетами. Собирают шприц следующим образом: держа пинцет в правой руке, захватывают цилиндр и перекладывают его в левую руку, затем пинцетом берут за поршень и вставляют вращательными движениями в цилиндр, пинцетом в правой руке берут иглу за муфту, насаживают ее на шприц и хорошо притирают, проверяют проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту указательным пальцем.

Прежде чем набрать в шприц лекарство, необходимо внимательно прочесть его название, чтобы убедиться в его соответствии назначению. Для каждой инъекции требуются две иглы, одна — для набора раствора в шприц, другая — для инъекции. Смена игл обеспечивает соблюдение стерильности. Шейку ампулы или резиновую пробку флакона предварительно протирают стерильным шариком со спиртом. Узкую часть ампулы надпиливают, и шариком, которым протирали ампулу, надламывают ее. Ампулу берут в левую руку, правой рукой в нее вводят иглу, надетую на шприц; оттягивая поршень, постепенно набирают в шприц нужное количество содержимого ампулы или флакона, по мере надобности наклоняя их. Пузырьки воздуха, имеющиеся в шприце, необходимо удалить. Для этого шприц поворачивают вертикально иглой вверх, придерживая поршень мизинцем, а иглу — указательным пальцем. Надавливанием на поршень постепенно выталкивают из шприца воздух.

Доставка шприца, готового к инъекции, в палату к пациенту производится в стерильном лоточке или кювете, накрытом стерильной пеленкой. Категорически запрещается надевать на иглу вату, смоченную спиртом, так как ватные волокна могут быть причиной подкожных инфильтратов и нагноений.

Помимо стерильного лотка (используется однократно при плановых инъекциях и в течение 3 часов при однократной инъекции), необходимо взять и лоток для использованных шприцов.

Подкожные инъекции

Наиболее удобными участками для подкожного введения являются наружная поверхность плеча, подлопаточное простран-

ство, передненаружная поверхность бедра, боковая поверхность брюшной стенки. В этих участках кожа легко захватывается в складку, и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы. Не рекомендуется вводить лекарственные средства в места с отечной подкожно-жировой клетчаткой или в уплотнения от плохо рассосавшихся предыдущих инъекций. Перед инъекцией инъекционное поле обрабатывается дважды, большое поле, место инъекции и один раз после удаления иглы. Перед инъекцией кожу протирают стерильным шариком, смоченным 70-градусным спиртом или раствором АХД-2000, левой рукой собирают ее в складку треугольной формы основанием вниз, правой рукой берут шприц и, придерживая иглу и поршень, быстрым движением вкладывают иглу в основание треугольника под углом 45 градусов, на глубину 1—2 см; убедившись, что кончик иглы прошел через кожу и находится в подкожной клетчатке, медленно вводят раствор. Затем левой рукой прикладывают к месту прокола тампон или шарик, смоченный спиртом, придерживая за муфту, быстро извлекают иглу со шприцем, место прокола слегка массируют ваткой для того, чтобы введенное лекарство не вытекало обратно и быстрее рассасывалось. После инъекций возможно образование подкожного инфильтрата, который наиболее часто появляется после введения неподогретых масляных растворов, а также в тех случаях, когда не соблюдаются правила асептики и антисептики.

При обнаружении медсестрой уплотнения или покраснения кожи в месте укола необходимо поставить согревающий компресс из 40% раствора спирта и обратить на это внимание врача.

Технология выполнения внутримышечных инъекций

Проводить внутримышечные инъекции следует в определенных местах тела, где имеется значительный слой мышечной ткани и близко не проходят крупные сосуды и нервные стволы. Наиболее подходящими местами являются мышцы ягодицы, живота и бедер. Для внутримышечных инъекций пользуются шприцем и иглой длиной 8—10 см. Для внутримышечных инъекций в ягодичную область используют только верхненаружную ее часть, наиболее отдаленную от нервов и крупных кровеносных сосудов. Мысленно делят ягодицу на четыре части и производят инъекцию в верхненаружный квадрант (1/4 круга). Места в/м инъекции: ягодицы, наружная поверхность бедра (средняя ее треть) и дельтовидная мышца плеча. Положение при в/м инъекции в ягодицы только лежа на животе или лежа на боку (предотвращение осложнений).

Подготовку шприца, рук сестры и кожи пациента производят по общим правилам асептики (см. Подкожные инъекции). Шприц держат правой рукой, 2-й палец придерживает поршень, 4-й — муфту иглы, остальные пальцы — цилиндр. Положение шприца

перпендикулярно к поверхности тела пациента. Кожу вокруг места прокола натягивают левой рукой. Решительным движением правой руки вкалывают иглу на глубину 7—8 см, оставляя 1 см над муфтой, так как в этих местах игла чаще всего ломается. После этого необходимо потянуть поршень на себя и убедиться, что игла не находится в кровеносном сосуде (иначе кровь появится в шприце), и только тогда, нажимая на поршень, постепенно вытесняют раствор до конца. Удалить иглу следует быстрым движением, прижимая к коже ватный тампон, смоченный в спирте.

При внутримышечном введении лекарств в бедро шприц необходимо держать, как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.

При употреблении нестерильных шприцев и игл, неточном выборе места инъекции, недостаточно глубоком введении иглы и попадании лекарства в сосуды могут возникнуть различные осложнения: постинъекционные нагноения, повреждения нерва, медикаментозная эмболия, перелом иглы и т. д.

Технология выполнения в/в инъекций

Венепункция производится для в/в введения лекарственных средств и взятия крови на анализ. Чаще всего пунктируется вена локтевого сгиба, а при необходимости и другие вены на тыльной поверхности кисти (вены нижних конечностей не следует использовать из-за опасности развития тромбофлебита).

1. Пациент может сидеть или лежать.

2. Рука максимально разогнута в локтевом суставе, под локтевой сгиб подкладывается плотная клеенчатая подушка или полотенце.

3. На плечо, выше локтевого сгиба на 10 см достаточно туго на рукав одежды пациента или полотенце накладывается жгут, чтобы сдавить вены, но не нарушить артериальный кровоток, поэтому пульс на лучевой артерии должен хорошо прослушиваться.

4. Пациент несколько раз сжимает и разжимает кулак для улучшения наполнения вены.

5. Перед инъекцией инъекционное поле обрабатывается дважды, большое поле и место инъекции. Кожу локтевого сгиба обрабатывают стерильным шариком, смоченным раствором 70-градусного спирта или АХД-2000, 2—3 раза в одном направлении сверху вниз, размер инъекционного поля 4—8 см.

6. Выбирают наиболее удачный для пункции венозный ствол, затем кончиком пальцев левой руки кожу над ним несколько смещают в сторону предплечья, фиксируя вену.

7. Приготовленную для пункции иглу или шприц держат в правой руке.

8. При наличии опыта медсестра одномоментно прокалывает кожу над веной и стенку самой вены или прокол производится в два этапа — сначала прокалывается кожа, затем игла проводится к стенке вены и делается прокол вены. Когда убедились, что игла в вене — надо потянуть поршень шприца на себя, шприц перекладываем в левую руку, а правой — 2-м и 3-м пальцами держим цилиндр и 1-м пальцем давим на поршень и вводим лекарство не до конца, оставляя пузырьки воздуха в шприце, затем рукой к месту прокола прикладываем шарик со спиртом, а правой рукой извлекаем иглу из вены. Руку сгибаем в локтевом суставе на несколько минут. При необходимости — давящая повязка.

Технология заполнения системы для внутривенных инфузий

Внутривенные инфузии применяются для введения в организм большего объема трансфузионных средств. Они выполняются для восстановления объема циркулирующей крови, дезинтоксикации организма, нормализации обменных процессов в организме, для поддержания жизнедеятельности организма.

Подготовка системы для внутривенного вливания сводится к следующему:

1. Тщательно моются руки теплой водой с мылом, обрабатываются спиртом.

2. Снимается металлическая крышка с колпака флакона, обрабатывается резиновая пробка стерильным шариком, смоченным спиртом.

3. Прокалывают короткой иглой системы пробку и вставляют «воздушку» (длина иглы должна быть не меньше высоты сосуда).

4. Флакон переворачивают и закрепляют на штативе для внутривенного капельного вливания.

5. Через короткую иглу жидкость поступает в систему, конец длинной иглы должен находиться выше уровня жидкости у дна флакона, через нее поступает во флакон воздух.

6. Чтобы заполнить раствором всю систему и вытеснить из нее воздух, конец трубки с канюлей держат выше перевернутой капельницы.

Капельницу заполняют на 1/3, переворачивают ее в рабочее положение и медленно заполняют нижний отрезок системы до вытекания раствора из канюли. Следят за тем, чтобы в системе не осталось пузырьков воздуха.

В вену вводят иглу, снимают или открывают зажим и соединяют с канюлей иглу, наблюдают в течение нескольких минут, не появится ли припухлость вокруг вены и болезненность. Если все сделано правильно, иглу осторожно фиксируют к коже лейкопластырем и закрывают ее стерильной салфеткой.

После использования одноразовые и многоразовые системы обеззараживаются 3% раствором хлорамина или хлорной извести в течение одного часа.

Все шприцы, иглы, системы капельного введения после использования дезинфицируют в 3% хлорамине 60 минут (иглы должны быть промыты в дез. растворе), а затем утилизируются.

Технология накладывания жгута перед цитостатиками

Жгут представляет собой приспособление для временной остановки кровотечения из кровеносных сосудов, а также для создания венозного застоя путем перетягивания конечности и сдавливания ее тканей. Существует несколько видов жгутов:

Жгут Эсмарха — толстая резиновая трубка с крючками и цепочкой на концах для закрепления жгута.

Ленточный жгут — резиновая полоска шириной 3—4 см. Накладывают его для остановки кровотечения из верхних конечностей и для обескровливания конечности во время операции.

Методика накладывания жгутов: поднимают конечность и ровными спиральными ходами ведут жгут от периферии к центру; конец жгута закрепляют узлом или завязками, имеющимися на его конце.

Матерчатый жгут-закрутка представляет собой полосы прочной ткани длиной 1 м и шириной 3 см с закрутками и застежками на одном конце. Закрутка — тесьма такой же ширины и длины, как жгут — имеет палочку посередине и матерчатые колечки для фиксации ее конца. Затягивают жгут вращением палочки, скручивающей тесьму закрутки. Конец палочки закрепляют в одной из петель. Этот жгут можно заменить любым куском ткани для временной остановки кровотечения. Материал складывают в виде широкой ленты, оборачивают вокруг конечности и связывают его концы двойным узлом, в который вставляют палочку. Вращая ее, затягивают жгут. Для остановки кровотечения жгут следует накладывать выше поврежденного участка так, чтобы исчез периферический пульс. Если жгут затянут слабо, может возникнуть венозный застой и усилиться кровотечение. Чрезмерное стягивание жгутом конечности может привести к сдавливанию нервов с последующими параличами. Для защиты кожи от ущемления под жгут подкладывают расправленную часть одежды, кусок ваты, ткань. Жгут может находиться на конечности не более 2 часов во избежание омертвления тканей. Поэтому тут же после наложения жгута готовят бирочку с указанием времени. При необходимости оставить жгут на более длительное время его распускают на несколько минут, придавливают сосуд пальцем, легко массируют борозду, а затем опять накладывают жгут, но уже на новое место. Конечность нужно уложить в удобное, возвышенное положение и иммобилизировать ее. Пациент со жгутом должен быть доставлен в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Технология введения цитостатиков и правила техники безопасности медицинских сестер при работе с ними

1. Для работы с цитостатиками (если есть такая возможность) желательно выделение отдельного помещения и наличие вытяжного шкафа с вертикальным током воздуха. Горизонтальный ток воздуха (т. е. проветривание) не рекомендуется, так как воздух из ампулы в таком случае выбрасывается на открывающего.

Если устройство вытяжного шкафа невозможно, то необходимо пользоваться вместо этого эффективным респиратором. Хирургические марлевые повязки не предотвращают вдыхание аэрозоли. Еда, питье, курение, приготовление пищи в указанном помещении и поблизости от него запрещены.

2. Рабочие плоскости в процедурном кабинете должны быть покрыты пластиковыми моющимися покрытиями или абсорбирующей бумагой.

Пролитые капли цитостатиков тут же вытираются, если покрытие бумажное, оно тут же выбрасывается и заменяется новым.

3. В работе с цитостатиками должны использоваться хирургические перчатки, сделанные из каучука, а не поливинилхлорида, так как последние впитывают в себя цитостатики. Перчатки должны меняться через 1 час работы, порванные перчатки использовать ЗАПРЕЩЕНО!

4. Ампулы должны открываться в сторону от лица медсестры через стерильную марлевую салфетку, чтобы снизить до минимума выброс аэрозолей из ампулы.

5. При разведении цитостатиков жидкость во флакон должна вливаться медленно, струя должна быть направлена на стенку флакона.

6. Если игла вставлена во флакон с цитостатиками, она должна быть накрыта стерильной салфеткой, чтобы свести испарение лекарств до минимума.

7. Игла шприца также должна быть накрыта стерильной салфеткой.

8. После разведения цитостатика, перед инъекцией, игла должна быть сменена.

9. Поверхность ампул, флаконов и всех емкостей, применяемых в химиотерапии, должна быть прозрачной, маркированной и датированной.

10. Все использованные шприцы, ампулы, флаконы, салфетки и пробирки должны выбрасываться в баки с подогнанными крышками для предотвращения испарения цитостатиков.

11. Персонал, работающий с пациентами, получившими химиотерапию в течение последних 2 суток, должен работать с ними в перчатках.

12. Руки после контакта с цитостатиками и пациентами, получавшими химиотерапию, необходимо тщательно мыть.

Осложнения при введении цитостатиков

При попадании под кожу цитостатиков, предназначенных только для внутривенного введения, необходимо:

— прекратить введение препарата, не вынимая иглы из вены, попытаться отсосать введенное лекарственное средство;

— через эту же иглу вводится антидот:

а) для адриабластина и митомицина «С» — 8,4% — 5,0 бикарбоната натрия вводится лидаза 64—128 ед.

в) для эмбихина (кариолизина) — тиосульфат натрия 2,9% — 5,0 мл.

После введения антидота игла удаляется.

В область подкожного попадания цитостатика несколько раз в день втирается стероидная мазь и ставятся компрессы:

при попадании винкристина — теплые компрессы;

при всех остальных цитостатиках — холодные компрессы.

Противоопухолевые препараты

№ п/п	Название препарата	Доза, форма, условия хранения	Приготовление раствора и стабильность	Назначение
1	2	3	4	5
1.	Циклофосфан (cytoxan endoxan)	100, 200,0 500 md во флаконе, порошок, хранить при комнатной температуре	Растворить полностью в растворе 5% глюкозы или физиологическом растворе; стабилен 24 часа при t=4° С	в/в per os на фоне гидратации
2.	Y-аспирагиназа	10000 ед. во флаконе, порошок, хранить в холодильнике	растворить в 1—5 мл дистиллированной воды или физиологического раствора; стабилен 48 часов при t=4° С	в/в и в/н

1	2	3	4	5
3.	(ARA - C, цитозар) Цитарабин	100—500—1000 мг во флаконе, порошок, хранить в холодильнике	растворить в 10 мл воды, затем в физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы, стабилен 12 часов	в/в, в/м, в/к
4.	Доноруби-цин (Рубомицин)	20 мг во флаконе, оранж. кристаллы, хранить при комнатной температуре	растворить в 4 мл физиологического раствора или воды. Светочувствителен, использовать в течение 6 часов после растворения	в/в! не допускать внесосудистого попадания; суммарная доза не более 350 мг
5.	Докси-рубицин (Адриамицин)	10—50 мг во флаконе красно-оранж. кристаллы, хранить при комнатной температуре	растворить в 5 мл воды, физиологического раствора или 5% растворе глюкозы; стабилен 48 часов при t=4° С. Светочувствителен	в/в!
6.	Этопазит (VP-1-6)	100 мг в 5 мл раствора, хранить при комнатной температуре	нестабилен, разводить в стеклянной посуде	в/в после разведения вводить медленно
7.	Метотрексат	2,5 мг таблетки 5—50, 1000 мг во флаконе, желтый порошок и раствор, хранить при комнатной температуре	растворить в 5% растворе глюкозы или физиологическом растворе; стабилен, светочувствителен	per os, в/в, в/м, п/к
8.	Винкристин (Онковин)	флаконы по 0,5, 1,0, 5,0 мг белый порошок, хранить при комнатной температуре	растворить в 10 мл физиологического раствора; стабилен после растворения 14 дней, t=4° С	в/в! не допуск. в/м, п/к попадания
9.	Уромитексан	200, 400 мг в ампуле, хранить при комнатной температуре	стабилен	в/в

Постинъекционные осложнения

1. Если при введении лекарственного средства на месте введения появляется припухлость, значит игла находится не в просвете вены и лекарство поступает в окружающую клетчатку. Нередко это сопровождается появлением в месте пункции жжения и боли. Ряд лекарственных веществ, особенно 10% раствор хлористого кальция, вызывает раздражение подкожной клетчатки или некроз. Если это произошло, нужно оставить иглу на месте, отсоединить от нее шприц, а другим шприцем ввести через иглу в клетчатку 5—10 мл физиологического раствора для понижения концентрации попавшего в нее хлористого кальция, затем производится обкалывание в место пункции 0,25% раствора новокаина в количестве 10 мл.

2. Если образовалось кровоизлияние на месте прокола, то накладывается полуспиртовой компресс или повязка с гепариновой мазью. Гематома: давящая повязка, для остановки кровотечения, а затем полуспиртовой компресс или повязка с гепариновой мазью.

3. Флебит — воспаление венозного ствола.

Лечение — повязка с гепариновой мазью, можно использовать полуспиртовые компрессы и с мазью Вишневского.

4. Воздушная эмболия возникает при технических погрешностях, когда в вену попадает воздух, попадание 100 мл воздуха является смертельным, но серьезные осложнения вызывают и меньшие количества воздуха. Для профилактики эмболии надо правильно и герметично монтировать систему (лучше всего использовать одноразовые системы).

5. Повреждение нервных стволов может произойти при в/м и в/в инъекциях либо механически (при неправильном выборе места инъекции), либо химически, когда депо лекарственного средства оказывается рядом с нервом. Тяжесть осложнения может быть различна — от неврита (воспаление нерва) до паралича (выпадение функции).

6. Тромбофлебит — воспаление вены с образованием в ней тромба — наблюдается при частых венепункциях одной и той же вены или при использовании недостаточно острых игл. Признаками тромбофлебита являются боль, гиперемия кожи и образование инфильтрата по ходу вены. Температура тела может быть субфебрильной.

7. Сепсис — может возникнуть при грубейших нарушениях правил асептики во время внутривенной инъекции или вливания, а также при использовании нестерильных растворов.

К отдаленным осложнениям, которые возникают через 2—3 месяца после инъекции, можно отнести вирусный гепатит Б, ни А, ни В (сывороточный гепатит) — инфекционное заболевание,

инкубационный период которого длится 2—6 месяцев, а также ВИЧ-инфекцию, при которой инкубационный период составляет от 6—12 недель до нескольких месяцев.

8. Аллергические реакции на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого конъюнктивита, отека Квинке. Самая грозная форма — анафилактический шок. О развитии аллергической реакции на введение лекарственного средства следует немедленно сообщить врачу и приступить к оказанию экстренной помощи.

Категорически нельзя вводить в вену масляные растворы и суспензии!

Инфильтрат — причины: тупая игла, короткая игла, неточный выбор инъекции, инъекции в одно и то же место. Лечение: согревающий полуспиртовой компресс.

Абсцесс — гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости. Причины те же. Лечение: хирургическое.

Поломка иглы — причины: старые иглы, резкое сокращение мышц (нарушение положения при инъекции).

Масляная эмболия — при в/м инъекции раствор попадает в сосуд, что ведет к некрозу тканей: боли в области инъекции, отек, покраснение, повышение местной и общей температуры. Для предупреждения этого необходимо проверить: не находится ли игла в сосуде, потянуть поршень на себя после прокола.

Технология накладывания компресса

Компресс — лечебная многослойная повязка, действующая как отвлекающее и рассасывающее средство.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение кожных и глубоко расположенных кровеносных сосудов. Согревающий компресс можно ставить на любую часть тела.

Согревающий компресс состоит из трех слоев:

— куска чистой плотной ткани, смоченной в жидкости комнатной температуры или 40-градусном спирте, хорошо отжатой;

— клеенки или вощеной бумаги;

— ваты.

Смочите марлевую салфетку в воде комнатной температуры или 40-градусном спирте, хорошо ее отожмите. Вымойте руки, приложите салфетку к поверхности кожи, поверх салфетки положите компрессную бумагу большего размера, чем салфетка; поверх бумаги положите слой ваты, полностью покрывающий два предыдущих слоя; закрепите компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений. Длительность применения компресса должна быть в среднем 6—8 часов, но не более 12 часов.

Меняют компресс утром и вечером. Чтобы избежать раздражения кожи, место наложения компресса при его смене тщательно протирают теплой водой, высушивают теплым полотенцем и делают перерыв на 2 часа. Для наложения нового компресса нужно брать чистый материал.

6. Технология трансфузионной терапии

Трансфузионная терапия — вливание крови, ее компонентов, кровезаменителей и других сред — применяется для восстановления кровопотери, при анемии, нарушениях белкового и водно-солевого баланса организма, вызванных различными патологическими состояниями, а также для парентерального питания.

Гемотрансфузии (переливание крови) показаны в первую очередь при острой кровопотере, для восстановления объема циркулирующей крови. Обычно переливают консервированную донорскую кровь.

Технология переливания крови

Для предотвращения осложнений перед переливанием крови определяют:

1) Группу крови реципиента;

2) Группу крови донора;

3) Резус-принадлежность реципиента;

4) Пробу на индивидуальную совместимость;

5) Совместимость по резус-фактору;

6) Биологическую пробу.

Переливание крови производит врач. Определение групп крови производится при комнатной температуре 15—20°, при хорошем освещении.

Для определения группы крови пациента необходимо иметь:

1) Проверенные свежие сыворотки 3 групп крови, по две разные серии каждой группы, или цоликлоны;

2) 2 белые тарелки с маркировкой 3 первых групп крови 0/I, A/II, B/III;

3) Пробирку с кровью реципиента.

Рядом с обозначением на тарелку наносят 2 капли сывороток соответствующих групп 2 разных серий. Каждую пипетку после нанесения капель опускают в тот флакон с сывороткой, из которого ее взяли!

3 капли крови (соотношение между сывороткой и кровью 10 : 1), группу которой хотят определить, вносят отдельными стеклянными палочками в сыворотку, тщательно перемешивают (постоянно покачивая тарелку), наблюдают в течение 10 минут.

Если кровь 0/I группы, то агглютинация не произойдет ни в одной из капель сывороток.

Если кровь A/II — агглютинация не будет с сыворотками одноименной группы, а с сыворотками 0/I и B/III будет агглютинация.

Если кровь B/III — агглютинация не будет с сыворотками одноименной группы, а с сыворотками 0/I и A/II будет агглютинация.

Если кровь AB/IV, агглютинация произойдет со всеми сыворотками.

Контроль AB(IV) гр. крови производят с сывороткой AB(IV).

Для проведения проб необходим следующий набор инструментария: термометр, штатив с цоликлонами, тарелки для определения группы крови, чашки Петри, центрифужные пробирки, пипетки, 2 банки для промывания пипеток, предметные стекла (стеклянные палочки), стеклограф, песочные часы на 5 мин, флакон с физ. р-ром, емкость для размораживания плазмы, полиглюкин (33% и обратить внимание на срок годности), шприц на 2—5 мл, ножницы.

Все пробы должен проводить врач, а медсестра должна подготовить все ему необходимое.

Требования к флаконам с консервированной кровью

Кровь хранится в холодильнике при температуре от 4 до 6° С.

Сроки годности консервированной крови зависят от метода ее заготовки, состава консервирующих растворов, указанных на флаконе.

Переливать кровь можно, если:

— плазма над осевшими эритроцитами прозрачная, т. е. нет гемолиза;

— сохранена этикетка с данными о заготовке крови донора, заполненная врачом, делавшим забор крови;

— флакон с кровью цел, нет трещин, цела упаковка;

— флакон с консервированной кровью не имеет сгустков, примесей и пленок.

Перед переливанием крови необходимо **определить группу крови донора**.

Смешивается по большой капле Цоликлона анти-А и анти-В с маленькой каплей исследуемой крови. Соотношение 1 : 3—1 : 5. Температура крови и цоликлонов должна быть комнатной (20°). При первой группе крови агглютинации не будет ни в 1, ни во 2 случае. При второй группе крови агглютинация будет с цоликлоном анти-А, при третьей группе крови — с цоликлоном анти-В. При четвертой группе крови агглютинация в обоих случаях.

Если есть сомнения в истинности агглютинации следует добавить 1 каплю физ. р-ра.

Далее проводится проба на совместимость по группе крови и резус-фактору, проба на индивидуальную совместимость и биологическая проба.

Совместимость группы крови системы АВО

Проводят на плоскости в течение 5 минут, при комнатной температуре. Для исследования используют белую пластинку со смачиваемой поверхностью. Пробирки с кровью для определения совместимости маркируются (Ф.И.О., номер и/б, время забора крови). Пробирка может храниться в холодильнике в течение 2 суток. На пластинке надписать фамилию, инициалы и группу крови больного, номер контейнера с кровью, а также номер истории болезни. На пластинку накапать 2—3 капли сыворотки больного и туда же добавить маленькую каплю крови донора в соотношении 5 : 1 (соответственно). Кровь размешать с сывороткой сухой стеклянной палочкой, пластинку слегка покачать, наблюдать за ходом реакции в течение пяти минут, периодически покачивая пластинку.

Оценка результата: если в смеси сыворотки больного и крови донора наступила агглютинация эритроцитов — это значит, что кровь донора несовместима с кровью больного; если смесь крови донора и сыворотки больного по истечении 5 минут остается гомогенно-окрашенной, без признаков агглютинации, то это означает, что кровь донора совместима с кровью больного в отношении групп крови системы АВО.

Совместимость по резус-фактору

Проба проводится в пробирке без подогрева в течение 5 минут. На пробирке надписать фамилию, инициалы, группу крови больного и донора, номер контейнера с кровью, а также номер истории болезни. На дно пробирки внести 2 капли сыворотки больного, одну каплю донорской крови, одну каплю 33% раствора полиглюкина. Пробирку наклонить почти до горизонтального положения, затем медленно поворачивать таким образом, чтобы содержимое ее растекалось по стенкам. Через 5 минут в пробирку долить 2—3 мл изотонического раствора натрия хлорида и перемешать содержимое путем 2—3-кратного перевертывания пробирки (не взбалтывать!).

Оценка результата: если в пробирке наблюдается агглютинация эритроцитов в виде взвеси на фоне просветленной жидкости, это значит, что кровь донора несовместима с кровью больного; если содержимое пробирки остается равномерно окрашенным и в нем не наблюдается признаков агглютинации эритроцитов, это значит, что кровь донора совместима с кровью больного.

Проба на индивидуальную совместимость

Каплю крови донора перемешивают с сывороткой крови пациента и наблюдают в течение 5 минут. Появление агглютинации свидетельствует о несовместимости крови.

Последним этапом проводим **биологическую пробу.**

Биологическая проба

Перед переливанием контейнер с кровью, эритроцитарной массой выдерживают после взятия из холодильника 30—40 минут при комнатной температуре. Плазму размораживают в емкости с водой температурой в 37° (но не под струей воды).

Далее струйно переливают 10—15 мл крови (эритроцитарной массы, плазмы) и в течение 3 минут наблюдают за состоянием больного. При отсутствии клинических проявлений реакций или осложнений вводят струйно вновь 10—15 мл крови (эритроцитарной массы, плазмы) и в течение 3 минут снова наблюдают за больным. Такую процедуру проводят 3 раза. Отсутствие у больного реакций после троекратной проверки является основанием для продолжения трансфузии.

В случае развития клинических признаков реакции или осложнения поведение больного становится неспокойным, появляется ощущение озноба или жара, стеснения в груди, болей в пояснице, животе, голове. При этом могут развиваться следующие явления: снижение артериального давления, учащение пульса, учащение дыхания, появление бледности, а затем — цианоз лица. При появлении любого из описываемых признаков переливание крови или ее компонентов должно быть немедленно прекращено.

Собственно переливание

При переливании эритроцитарной массы, в случае когда фильтр забивается, рекомендовано через прозрачную трубочку добавить 100—150 мл стерильного физ. р-ра.

После переливания крови

Реципиенту после переливания ежечасно (в течение 3 часов, если переливание крови закончилось в 11 часов, то первое измерение проводят в 12 часов) измеряют температуру тела, артериальное давление, фиксируя эти показатели в истории болезни. Контролируется наличие мочеотделения, и сохранение нормального цвета мочи (красная окраска свидетельствует об остром гемолизе). На следующий день после переливания производят клинический анализ мочи и крови.

Пакеты из-под плазмы, крови, эритроцитарной массы хранят в холодильнике в течение двух суток при температуре 4—6° С. Тарелки с пробами хранят до конца трансфузии, а потом замачивают в 3% хлорамине на 60 мин.

Осложнения при переливании крови

Большинство осложнений при переливании крови обусловлены ошибками, допущенными в процессе подготовки или осуществления переливания крови.

1. Все осложнения, обусловленные ошибками, допущенными при проведении серологических проб (ошибки в определении групповой, индивидуальной и биологической совместимости, резус-фактора).

К этой группе относится гемотрансфузионный шок. Наступающие в этих случаях гемолиз или несовместимость белковых компонентов плазмы крови донора и реципиента приводят к тяжелым нарушениям функций жизненно важных органов. Клинические проявления: во время трансфузии или через некоторое время после нее у пациента появляются признаки беспокойства, стеснение в груди, сильный озноб, резкие боли в области почек и внизу живота, тошнота и рвота; пульс учащается, снижается АД, ухудшается сердечная деятельность, появляются холодный пот, головокружение, цианоз, бледность.

Затем наступает потеря сознания, паралич сфинктеров, иногда смерть.

Лечение гемотрансфузионного шока состоит в быстром прекращении переливания крови, немедленном выполнении двусторонней паранефральной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому, капельном переливании 500—750 мл одногрупповой, индивидуально и биологически совместимой крови и проведении общих противошоковых мероприятий (согревание, введение глюкозы, сердечно-сосудистых, антигистаминных препаратов).

2. Осложнения, вызванные ошибками в технике переливания крови и нарушением асептики. К этой группе относятся осложнения: воздушная эмболия, тромбоэмболии, острое расширение сердца и развитие септического процесса.

3. Осложнения, вызванные недостаточным обследованием донора или пациента. К этой группе осложнений относятся заражения пациента СПИДом, сифилисом, малярией, гепатитом.

4. Переливание негодной гемолизированной или инфицированной крови может привести к гемотрансфузионному шоку или сепсису. Профилактика — соблюдение всех правил хранения крови (в холодильнике при температуре от 2 до 6° С), процесса подготовки к переливанию, т. е. определение годности крови, ее групповой и биологической совместимости и т.д.

5. Осложнения, связанные с сенсибилизацией реципиента. У особо чувствительных пациентов может развиться анафилактический шок. Первая помощь:

— п/к 0,1% раствор адреналина — 1,0;

— в/в 10% раствор хлорида кальция 10—20 мл, медленно!;

— антигистаминные препараты, гормоны;

— 500 мг аскорбиновой кислоты.

Правила ухода за подключенным катетером

Внутривенный катетер является дополнительными входными воротами для инфекции, поэтому ОЧЕНЬ ВАЖНО соблюдать правила асептики при работе с ним!

1. Перед началом манипуляций с катетером ОБЯЗАТЕЛЬНО:

— гигиеническая обработка рук (правильное мытье рук);

— использование перчаток, обработанных 70-град. спиртом.

2. Во время использования внутривенного катетера место пункции и канюля катетера должны быть закрыты стерильной салфеткой. Канюлю и заглушку каждый раз перед прокалыванием обрабатывать 70-град. спиртом.

3. Фиксирующую наклейку менять по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 2 суток. При смене наклейки кожу вокруг места пункции обработать антисептиком.

4. После каждого вливания крови или введения раствора катетер нужно промыть 2—5 мл физиологического раствора с 50—100 ЕД гепарина. Если катетер не промывать, он тромбируется и выходит из строя.

5. Для уменьшения риска инфицирования и удаления катетера, после вливаний наложить поверх стерильной салфетки фиксирующую бинтовую повязку.

Внутривенный катетер часто является причиной флебита.

Важно каждый раз оценивать состояние катетеризированной вены (покраснение кожи, болезненные ощущения, правильность нахождения катетера в вене). При изменениях сообщить врачу.

7. Оказание помощи пациентам при некоторых неотложных состояниях

В процессе развития заболевания иногда возникают осложнения (остановка сердца и дыхания, кровотечения), несвоевременность выявления которых и задержка оказания помощи могут привести к смерти пациента. Медицинская сестра должна знать о них, быть готовой к их появлению у определенной группы пациентов, своевременно их диагностировать и принимать экстренные меры для их устранения до прихода врача, которого обязана немедленно вызвать. Особо опасными осложнениями являются остановка сердца и дыхания, что принято называть состоянием клинической смерти. Эти осложнения требуют немедленного проведения мероприятий интенсивной терапии, направленной на восстановление функций сердца и легких. Мероприятия интенсив-

ной терапии (реанимационные мероприятия) включают непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

Технология проведения непрямого (закрытого) массажа сердца

Производится с целью восстановить циркуляцию крови в организме, т. е. поддержать кровообращение в жизненно важных органах при остановке сердечной деятельности. Чем раньше массаж будет начат, тем скорее будет получен эффект. Необходимо помнить, что от момента остановки сердца до развития в головном мозге необратимых изменений проходит очень короткий промежуток времени, исчисляемый 4—6 минутами. В течение этого времени и должны быть начаты реанимационные мероприятия.

Для успешного проведения непрямого массажа сердца пациента необходимо поместить на жесткую поверхность. Если остановка сердца наступила на койке с пружинным матрацем, то пациента надо положить на кровати так, чтобы грудной отдел позвоночника находился на твердом изгибе. Для этого верхнюю половину туловища смещают на край кровати; голова при этом будет свисать вниз. Медицинская сестра должна встать сбоку от пациента и обнажить его грудную клетку.

Непрямой массаж сердца производится следующим образом. Левая ладонь помещается на нижнюю треть грудины, а правая кладется на левую. Обе руки должны быть выпрямлены, а плечевой пояс располагаться над грудной клеткой. Массаж осуществляется энергичными резкими надавливаниями на грудину; при этом грудина должна смещаться на 3—4 см к позвоночнику. Число надавливаний 50—60 в минуту.

Сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь из желудочков выбрасывается в аорту и легочную артерию. При прекращении надавливания грудина поднимается, и сердце вновь наполняется кровью из полых вен. Таким образом осуществляется искусственное кровообращение. Массаж следует продолжать до восстановления полноценной самостоятельной деятельности сердца, до появления отчетливого пульса и повышения давления до 80—90 мм рт. ст. Массаж сердца должен обязательно сопровождаться искусственной вентиляцией легких.

Технология проведения искусственного дыхания

Производится с целью периодического замещения воздуха в легких при отсутствии или недостаточности естественной вентиляции. ИВЛ лучше выполнять с помощью ручных приборов: мешка Амбу, ДП-10, КАМА, РДА-1 и др. При отсутствии респиратора нельзя терять минуты на его доставку, и необходимо сразу начать ИВЛ экспираторным способом.

Способ изо рта в рот. Эффективность при этом способе достигается максимальным запрокидыванием головы пациента назад. При этом корень языка и надгортанник смещаются вперед и открывают свободный доступ воздуха в гортань.

Стоя сбоку, медицинская сестра одной рукой надавливает запястьем на лоб пациента и запрокидывает его голову, а другую подкладывает под шею. В основе искусственной вентиляции легких лежит ритмичное вдувание воздуха из дыхательных путей медицинской сестры в дыхательные пути пациента под положительным давлением. При проведении ИВЛ рот пациента должен быть постоянно открыт.

Способ изо рта в нос. Вдувание воздуха в дыхательные пути производится через нос: рот пациента при этом должен быть закрыт. Данный способ принципиально не отличается от описанного выше.

При наличии дыхательного меха (мешка Амбу) или маски ИВЛ лучше выполнять с их помощью, так как это улучшает физиологическую основу вентиляции — в дыхательные пути вводится воздух, обогащенный кислородом. При этом маска должна туго прижиматься вокруг носа и рта пациента.

Технология остановки наружного кровотечения

Наружные кровотечения (носовые, кровотечения из варикозно расширенных вен нижних конечностей, из послеоперационных ран нижних и верхних конечностей) требуют немедленной остановки. Медицинская сестра должна владеть основными техническими приемами временной остановки наружного кровотечения.

Возникшее кровотечение проще остановить путем тампонады раны, наложения давящей повязки, приданием конечности приподнятого положения, а также прижатием главных артериальных стволов. Однако более эффективным способом временной остановки кровотечения является круговое перетягивание конечности с помощью специального жгута Эсмарха, представляющего собой резиновую трубку длиной около 1,5 м с крючком и цепочкой на концах.

Жгутом производится круговое сдавливание мягких тканей конечности вместе с кровеносными сосудами и прижатие их к кости. Необходимо помнить, что жгут на голое тело накладывать нельзя. Предварительно на кожу должна быть наложена мягкая ткань (марля, бинт, ткань одежды). О возникшем кровотечении необходимо немедленно сообщить врачу.

Помощь медицинской сестры, хорошо владеющей техникой проведения реанимационных мероприятий, безусловно будет способствовать успешному лечению пациента.

8. Забор крови из вены для исследования

Технология взятия крови из вены для лабораторных исследований

Для биохимического исследования крови по нескольким параметрам (исследование обмена белков, липидов, активности

ферментов и др.) следует направить в лабораторию венозную кровь в химической пробирке 8—10.

Результаты исследования во многом зависят от техники взятия крови, используемых при этом инструментов, сосудов, в которых хранится кровь.

При взятии крови игла должна быть с коротким срезом и достаточно больших размеров, чтобы не травмировать противоположную стенку вены и не вызывать повреждения эритроцитов с последующим гемолизом. Для многих веществ имеется очень высокий перепад концентраций между эритроцитами и плазмой, так что даже незначительный гемолиз может обусловить резкое повышение концентрации определенных веществ в плазме (калия, активности КФ, АСаТ, АЛаТ, ЛБГ). В вене должен быть создан минимальный стаз (продолжительный стаз крови в венах руки повышает концентрацию кальция, общего белка).

Кровь брать сухим охлажденным шприцем, спускать без иглы в сухую пробирку не встряхивая.

Клинический анализ крови

Кровь на клинический анализ берется из вены во флакон с трилоном в количестве 2 мл. После взятия кровь аккуратно перемешать с консервантом. При необходимости повторить отдельные гематологические тесты пациент направляется в лабораторию для взятия крови из пальца. Лаборант в отделении берет у пациента натощак кровь из пальца. Не рекомендуется взятие крови после физической нагрузки, после применения медикаментов, особенно при в/м или в/в введении их, после воздействия рентгеновских лучей и физиотерапевтических процедур.

Повторные исследования необходимо производить в одни и те же часы, так как морфологический состав крови подвержен колебаниям на протяжении суток. При невыполнении вышеуказанных правил результаты исследований будут несравнимы между собой и могут привести к ошибочному толкованию.

Кровь для определения группы и резус-фактора

Из вены 5,0—6,0 мл в сухую пробирку без предварительной подготовки.

Каждая пробирка с приклеенной этикеткой, на которой — Ф.И.О. пациента, группа крови, Ph-фактор, № истории болезни:

а) на С-реактивный белок;

б) на ревматоидный фактор;

в) для определения титра антистрептолизина-0.

Натощак из вены в сухую пробирку 5,0 мл, можно все в одну пробирку, но три разных направления.

Для определения титра антистрептокиназы

Натощак 6,0—7,0 мл крови в пробирку, содержащую 5% раствор цитрата натрия (из расчета 0,1 мл на 1 мл крови).

Для определения антител к различным группам крови (у беременных)

Так же, как на группу крови и Ph-фактор. В сухую пробирку.

Для определения антител в ткани щитовидной железы

Натощак в сухую пробирку 5,0 мл крови.

Для определения циркулирующих иммунных комплексов

В течение 1 часа после забора кровь доставить в лабораторию.

В сухую пробирку забрать 4,0 мл крови из вены.

Для определения иммуноглобулинов классов LA и M

Натощак в сухую пробирку 5,0 мл крови из вены.

Кровь доставить в лабораторию в день забора.

Для определения Т и В лимфоцитов

Натощак во флакон с консервантом забрать кровь из вены до метки на флаконе, аккуратно перемешать.

Доставить обязательно в день забора. В направлении указать количество лейкоцитов и лимфоцитов из последнего клинического анализа крови.

Посев крови на стерильность

Берут у постели пациента или в перевязочной стерильным шприцем. Нельзя пользоваться шприцем со «стерильного стола», нельзя проверять проходимость шприца и иглы воздухом, чтобы избежать попадания микроорганизмов из воздуха. Посев на питательные среды необходимо проводить во время подъема температуры, в начале появления лихорадки до начала антибактериального химиотерапевтического лечения или через 12—24 часа после последнего введения. Кожу над пунктируемой веной обрабатывают 70-градусным спиртом, затем 5% настойкой йода, затем снова спиртом. Если у пациента стоит подключичный катетер, можно воспользоваться им для получения крови. Для этого дают свободно стечь некоторому количеству крови в пробирку, затем набирают кровь в шприц.

Посев крови осуществляется у постели пациента в две среды: «Двойную» и «Среду для контроля стерильности» — по 5 мл в каждый флакон. Для этого предварительно снимается бумажный колпачок вместе с ватно-марлевой пробкой, а бумажный вкладыш прокалывается иглой и выпускается кровь. При посеве крови на второй флакон со средой часть крови должна остаться в шприце, что уменьшает риск загрязнения посева. Флаконы со средами выдаются бактериологической ла-

бораторией и могут храниться в отделении до нужного момента — в холодильнике при температуре от 4 до 6° С, перед посевом среды согреваются при комнатной температуре. Засеянные среды хранятся при комнатной температуре, затем доставляются в лабораторию.

Кровь на гемокультуру
(тифо-паратифозную группу инфекций)

Забор крови производится на высоте подъема температуры в любое время суток на среду «Желчный бульон». Следует помнить, что бактериемия при брюшном тифе предполагается в первые 10—15 дней от начала заболевания.

Кровь забирается с соблюдением правил асептики и у постели пациента засевается в питательную среду (5 мл крови на 50 мл среды). Содержимое флакона тщательно перемешивается и доставляется в бактериологическую лабораторию. Если посев осуществлен после 15.00, он оставляется при комнатной температуре до утра и направляется в лабораторию.

Кровь на серологические исследования

1. РНГА с риккетсиозным диагностикумом.

2. РНГА с сальмонеллезным О-комплексным диагностикумом.

5—7 мл крови из локтевой вены забирают в стерильную пробирку натощак, дважды через 10—14 дней (для получения парных сывороток). Это поможет определить фазу инфекционного процесса и степень иммунного ответа организма.

3. РНГА с дизентерийными диагностикумами.

4. РНГА с псевдотуберкулезным и кишечно-иерсиниозным диагностикумами.

5. Реакция Райта—Хедельсона на бруцеллез.

Кровь на коагулограмму

Кровь берется в пробирки, взятые в лаборатории накануне, до метки.

При исследовании свертывающей и антисвертывающей систем крови (показатели коагулограммы) следует выполнить следующий порядок забора крови:

1. Кровь брать строго натощак.

2. Кожа над местом прокола обрабатывается спиртом (не эфиром!). Прокол производят после высыхания спирта.

Желательно кровь брать без наложения жгута, так как перетяжка конечности активирует свертывание крови, тромбоцитарный гемостаз и особенно фибринолиз.

При плохих венах допустимо кратковременное (лишь во время входа иглы в вену, не более 2 минут) наложение слабой перетяжки — не более 30 мм рт. ст. Пункция должна быть, по возможности, малотравматичной.

Длительные поиски вены, как и очень медленный ток крови из иглы, снижают точность исследования.

Кровь в пробирки, предварительно взятые в лаборатории, набирают свободным током, перемешивая ее с антикоагулянтом, покачиванием или легким встряхиванием (без вспенивания). Интенсивное встряхивание и вспенивание усиливает гемолиз эритроцитов, что искажает многие параметры коагулограммы. Первые 5—6 капель крови выпускаются на тампон и для исследования не берутся, так как в них может быть заметная примесь тканевого тромбопластина.

3. При назначении нескольких исследований сначала берется кровь на коагулограмму, протромбиновый индекс, фибриноген.

Кровь на фибриноген, протромбин

Кровь берется до метки, в пробирки, накануне взятые в лаборатории, и аккуратно перемешивается.

(Технология взятия крови: см. кровь на коагулограмму).

Кровь на холестерин, фракции липопротеидов

Кровь берется в сухую пробирку, 3—5 мл. Рекомендуется предварительное голодание.

Кровь на билирубин, трансаминазу, K, Na

Не рекомендуется принимать аскорбиновую кислоту.

Кровь берется в сухую пробирку и доставляется в количестве 7—10 мл.

Кровь на гепатит

В сухую центрифужную пробирку забрать 5,0 мл венозной крови. Пробирку с кровью закрыть резиновой пробкой. К каждой пробирке приложить направление.

В направлении указать:

— Ф.И.О. пациента;

— отделение, палату;

— дату забора крови;

— диагноз.

Памятка
по забору и доставке крови на СПИД

Забор крови

1. В сухую центрифужную пробирку забрать 4—5 мл венозной крови.

2. Пробирки с кровью нужно пронумеровать. Номера на пробирках и направлениях должны совпадать. Пробирки закрываются ватно-марлевой или резиновой пробкой и устанавливаются в контейнер с уплотнителем (вата, поролон).

3. Категорически запрещается забор крови в пробирки с отбитыми краями.

4. Работать с исследуемым материалом только в резиновых перчатках, все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем или напальчником. Особое внимание следует обращать на условия забора крови, чтобы исключить заражение. Работать надо осторожно во избежание случайных уколов иглой, разбитой посудой.

5. Кровь может храниться в холодильнике не более суток. Не подлежит доставке в лабораторию гемолизированная и проросшая кровь. Каждая пробирка маркируется, составляется направление в 2 экземплярах.

Доставка крови

1. Забранную кровь необходимо доставить в лабораторию в день забора с 8.30 до 10.00.

2. Кровь доставляется в лабораторию в жестяном контейнере.

3. Отдельно доставляется направление со сведениями об обследуемых лицах.

Необходимо указать:

— диагноз;

— регистрационный номер;

— номер истории болезни;

— отделение, палату;

— Ф.И.О. (полностью);

— пол;

— возраст;

— домашний адрес (полностью);

— код;

— дату забора крови;

— дату доставки материала;

— фамилию лица, забравшего материал.

Направления доставляются в 2 экземплярах:

1 экземпляр — направление на каждого обследуемого,

2 экземпляр — общее направление, где списком перечислены сведения о всех обследуемых.

Укладка
для забора крови на ф. 50

1. Бикс.

2. Шприцы с иглами одноразовые, не менее 2.

3. Чистые перчатки.

4. Стеклянные чистые, сухие пробирки с резиновыми пробками.

5. Штатив.

6. Стерильные ватные тампоны.

7. 70-градусный этиловый спирт.

8. 1—2% водный раствор борной кислоты для закапывания в глаза.

9. 1—2% раствор протаргола для закапывания в нос.

10. 6% раствор перекиси водорода.

11. Лейкопластырь.

Забор крови на RW

Кровь берется в сухую пробирку 3—5 мл. В направлении указать:

— ЛПУ, Ф.И.О. пациента;

— отделение, палату;

— дату забора крови;

— диагноз.

Раздел 5. Санитарно-противоэпидемический режим

1. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря: общие сведения

1. Все помещения, оборудование, медицинский инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (мытье полов, протирка мебели, подоконников, дверей и т. д.) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки с применением моющих и дезинфицирующих средств. Протирка оконных стекол должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца изнутри, не реже 1 раза в 6 месяцев снаружи.

2. Генеральная уборка палат должна проводиться не реже 1 раза в месяц с тщательным мытьем стен, полов; протирается мебель.

СанПиН 5179–90 МЗ СССР

Проветривание палат

Для поддержания постоянной температуры и обеспечения чистоты воздуха палату необходимо регулярно проветривать: открывать форточки, фрамуги, а в летнее время окна.

Частота и длительность проветривания зависят от времени года. В зимнее время проветривание производят не реже 2—3 раз в день, летом окна при наличии сеток должны быть открыты круглые сутки.

Во время проветривания медицинская сестра должна хорошо укрыть пациентов, следить, чтобы не было сквозняков. Проветривание является обязательным мероприятием и не подлежит обсуждению со стороны пациентов.

СанПиН 5179–90 МЗ СССР

Освещение палаты

В вечернее время освещение палат электрическое. Свет должен быть неярким, чтобы не раздражать пациентов. При вызове в ночное время медицинская сестра зажигает ночник, который имеется у каждой постели, чтобы не нарушать сон пациентов.

Температура воздуха в палате

На внутренней стене палаты укрепляют термометр, который показывает температуру воздуха, температура воздуха в палате должна быть 18—20° С. Для поддержания постоянной температуры и обеспечения чистоты воздуха палату необходимо проветривать.

Требования к постели пациента

В связи с тем, что пациент большую часть времени находится в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной, с ровной поверхностью. Матрац должен быть без бугров, впадин. Поверх матраца одет наматрацник. Наматрацник следует чаще чистить и проветривать, чтобы удалить неприятные запахи, а при необходимости дезинфицировать.

Для пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, на наматрацник по всей ширине кладут клеенку и хорошо подгибают ее края для предупреждения загрязнения постели.

Женщинам при обильных выделениях из половых органов подкладывают клеенку, а сверху подстилку, которую меняют по мере надобности, но не реже 1 раза в 2—3 дня.

На наматрацник кладут чистую простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Подушек должно быть две. Их кладут таким образом, чтобы нижняя лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней, а верхняя упиралась в стенку кровати. Одеяло должно быть в пододеяльнике. Для тяжелобольных, нуждающихся в возвышенном положении, пользуются функциональными кроватями, состоящими из 3 секций, с помощью которых можно плавно и бесшумно придавать пациенту удобное положение в постели.

Контроль за состоянием прикроватных тумбочек

В палате возле каждой кровати пациента имеется прикроватная тумбочка, в которой хранится небольшой запас продуктов (сухих продуктов: печенье, конфеты, чай), скоропортящиеся продукты хранятся в целлофановых пакетах в холодильнике, с указанием фамилии пациента и номера палаты на пакете. Личные вещи и предметы гигиены хранятся в верхнем ящике тумбочки.

Продукты принимаются в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества.

Не разрешается принимать копчености, соленья, торты.

В обязанность палатной медсестры входит ежедневный контроль за состоянием тумбочек, чтобы не было накопления и порчи продуктов.

Медицинская сестра следит за тем, чтобы палатная санитарка ежедневно протирала тумбочки, а после выписки пациента обрабатывала их 1% раствором хлорамина.

Приказ МЗ СССР от 23.03.76 № 288

2. Мытье рук

Мытье рук для сестринского персонала является обязательным требованием как перед выполнением манипуляции, так и после нее.

Последовательность действий:

1) откройте кран и отрегулируйте температуру и струю воды;

2) вымойте с мылом нижнюю треть левого, а затем правого предплечья, смойте мыло водой;

3) вымойте с мылом левую кисть и межпальцевые промежутки, затем правую кисть и межпальцевые промежутки, смойте мыло водой;

4) вымойте с мылом ногтевые фаланги левой, затем правой кисти;

5) закройте кран, не касаясь его пальцами;

6) высушите вначале левую, затем правую руку (желательно использовать для этих целей бумажные полотенца).

Для работы в стерильных зонах помимо мытья рук проводится и их обеззараживание. Существуют различные способы обеззараживания рук. Ниже приводим один из них.

Последовательность действий при обеззараживании рук муравьиной кислотой:

1) вымойте руки с мылом под проточной водой;

2) осушите руки насухо стерильной салфеткой;

3) погрузите руки в емкость (обычно это эмалированный таз) с надмуравьиной кислотой (2,4% раствор рецептуры С-4) и мойте их в этом растворе в течение 1 мин;

4) высушите руки стерильной салфеткой; вначале одну руку, начиная с пальцев и переходя на предплечье, затем другой частью салфетки другую руку.

3. Санитарно-противоэпидемический режим при выполнении парентеральных вмешательств

Медсестра работает в хирургическом халате, маске, очках, колпаке, кожаной обуви, перчатках.

Все манипуляции медсестра обязана выполнять только в перчатках!

Стерильные укладки готовятся на одну рабочую смену (6 часов). Пинцеты для захвата стерильных материалов хранятся в стерильных емкостях, заполненных растворами стерилянтов (6% H_2O_2, в исключительных случаях — «Сайдекс»). Уровень заливки растворов в емкости должен быть не более уровня рабочих поверхностей браншей.

Использованный материал (стерильные ватные шарики, салфетки и др.) замачивается в емкости для использованного материала не менее чем на 60 мин.

Обработка шприцев и игл и подготовка к стерилизации.

После обработки рабочего места (кушетки, стола, пластипата, резиновой подушечки, жгута и др.) ветошь замачивается в емкости с 3% раствором хлорамина.

Для испачканных кровью халатов, масок, колпаков — экспозиция не менее 60 мин (замачиваются в другой емкости).

В процедурном кабинете необходимо иметь не менее 6 емкостей с 3% раствором хлорамина.

1. Перед стерилизационной очисткой весь использованный материал и инструментарий после использования подвергается дез. обработке в 3% растворе хлорамина.

После инъекций шприц промывается в емкости с 3% раствором хлорамина. Промывание заканчивается на пустом цилиндре.

Затем промывается игла в емкости для «замачивания игл». Промывание заканчивается на полном цилиндре, чтобы раствор хлорамина поступил в просвет иглы.

Игла снимается пинцетом, оставляется в 3% растворе хлорамина не менее чем на 60 мин.

Промывается цилиндр и поршень, шприц разбирается и замачивается в 3% растворе хлорамина не менее чем на 60 мин. Цилиндр многоразового шприца замачивается отдельно от металлического поршня. Если шприц одноразовый, то поршень и цилиндр замачиваются вместе.

2. Далее медсестра готовит моющий раствор (можно использовать готовый раствор «Католит» — 5 г «Биолота» на 995 мл воды), подогревает раствор только к моменту замачивания до 40° С (t° контролирует водным термометром). При использовании других средств — до 50—55° С.

Перед 2-м этапом каждое изделие промывается проточной водой.

2. Шприц и иглы в разобранном виде полностью погрузить в моющий раствор на 15—20 мин, обработать ершиком, иглы — мандреном.

Перед этим шприцы проверяются на герметичность.

Моющий раствор не должен изменять цвет. Если это случилось, то эффективность очистки снижается.

После моющего раствора изделия промываются проточной водой, и ставится проба на наличие моющих средств.

Проводят амидопириновую или азоперамовую пробу (ежедневно), то есть выявляют невидимую глазом скрытую кровь.

4. В емкости с дистиллированной водой в течение 1 мин промывают шприцы, иглы от примесей солей, которые при стерилизации могут осесть на стенках цилиндра, поршне, в канюле иглы, тем самым нарушая их проходимость.

Затем проводится просушка горячим воздухом при t° — 80—85° С до исчезновения влаги.

5. Подвергать шприцы стерилизации можно только в разобранном виде, так как степень расширения стекла и металла при нагревании различна (цилиндр лопается).

Для стерилизации используют крафт-пакет, то есть пакет из влагостойкой бумаги, и др. упаковки.

Крафт-пакет заклеивается, обозначается объем шприца и дата стерилизации. Пакет помещается в сухожаровой шкаф (воздушный стерилизатор) с винной кислотой или гидрохиноном, он станет черным (для контроля уровня t° в шкафу) — 180 градусов, 60 минут. При этом винная кислота плавится, тиомочевина желтеет.

Шприцы помещают в сухожаровой шкаф только в сухом виде.

Стерильность шприцев и игл в крафт-пакете в мягкой упаковке сохраняется 72 часа.

Пакет, заклеенный с 4 сторон, может храниться 20 суток. При заводской стерилизации срок сохранности может достигать от 1 года до 5 лет. Прежде, чем использовать содержимое пакета, проверьте надпись «Стерильно».

4. Предупреждение профессиональных заболеваний медицинских сестер при работе с кровью

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или сывороткой, следует проводить в резиновых перчатках.

Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчником, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови или сыворотки следует работать в масках и защитных очках. Запрещается медицинскому персоналу проведение парентеральных процедур с использованием медицинского инструментария, предназначенного для пациентов, прием пищи и курение в лабораториях и помещениях, где проводятся процедуры пациентам.

Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток, лабораторной посуды, соприкасающихся с кровью или сывороткой людей, нужно проводить до предварительной дезинфекции в резиновых перчатках. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства, проводится тщательное двукратное мытье рук в теплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового пользования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражение

кожи и дерматиты, что облегчает проникновение возбудителя. Хирургам не следует пользоваться жесткими щетками.

В случае загрязнения рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (1% раствор хлорамина), вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом и вытереть насухо индивидуальным полотенцем или салфеткой однократного применения. В случае попадания брызг крови на слизистую глаз: слизистую глаз следует промыть 1—2% водным раствором борной кислоты, слизистую носа обработать 1—2% раствором протаргола, слизистую полости рта ополаскивать 70-градусным спиртом.

В случае загрязнения кровью поверхности рабочих столов немедленно следует обработать 3% раствором хлорамина. Медицинские работники, имеющие по роду своей профессиональной деятельности контакт с кровью и ее компонентами, подлежат обследованию на наличие австралийского антигена при поступлении на работу, а далее не реже одного раза в год.

Категории медицинских работников с выявленным носительством австралийского антигена относятся к группам риска и обязаны соблюдать правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов гепатитом В.

Выписка из Приказа МЗ СССР от 12.07.89 № 408

5. Общие правила для персонала при выявлении в отделении пациента с инфекционным заболеванием

Противоэпидемические мероприятия

Общие правила для персонала при выявлении инфекционного пациента в стационаре

1. Организует и проводит текущую дезинфекцию, задачей которой является уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний, выделяемых во внешнюю среду пациентами. Это изоляция пациента в отдельную палату, исключение контакта с родственниками и окружающими пациентами, ограничение правил личной гигиены, выделение отдельных предметов ухода, посуды для пищи и питья, отдельное содержание и сбор грязного белья пациента, соблюдение чистоты в помещениях с использованием раздельного уборочного инвентаря для палаты и туалета. Обеззараживание различных объектов проводят дезинфицирующими, моющими, чистящими средствами концентраций соответствующих для данной инфекции (Приказ МЗ СССР от 1983 № 916), осуществляют борьбу с мухами.

2. После перевода инфекционного пациента в инфекционный стационар проводят заключительную дезинфекцию, цель

которой — одномоментное уничтожение возбудителей инфекционного заболевания во внешней среде. Это обеззараживание различных объектов с помощью использования дезинфицирующих, моющих и чистящих средств, дезкамерное обеззараживание постельных принадлежностей и белья.

3. В каждом случае выявления инфекционного пациента или подозрения на инфекционное заболевание медицинский персонал незамедлительно сообщает по телефону помощнику эпидемиолога больницы и решают вопрос о переводе его в инфекционный стационар.

6. Инструкция для медицинского персонала отделений при выявлении больного (умершего), подозрительного на заболевание особо опасной инфекцией *(примерная)*

1.Ответственным за своевременность, полноту и достоверность информации о выявлении больных (подозрительных на заболевание) ООИ и другие контагиозные инфекционные заболевания, независимо от условий, при которых было выявлено заболевание (больной поступил «самотеком», без направления поликлинического учреждения, ССиНП, изменение диагноза на инфекционный, выявлен на секции и т.д.), является руководитель подразделения.

2. Информация об инфекционном больном (больном ООИ) передается строго по подчиненности, в полном соответствии с установленным данной инструкцией порядком. Заведующий отделением (подразделением) направляет главному врачу больницы (или лицам, его замещающим); а в нерабочее время (после 16 часов 00 минут), в выходные и праздничные дни — дежурному врачу ГКБ № 23 или дежурному администратору:

2.1. Экстренное уведомление (незамедлительно, независимо от времени суток) на карантинное заболевание: чумой, холерой, оспой обезьян (натуральной оспой), желтой лихорадкой, геморрагическими вирусными контагиозными лихорадками (Ласса, Эбола, Марбург), ВИЧ-инфекциями и др.;

2.2. Срочную информацию (не позднее 2 часов с момента выявления) на массовые (3 и более случаев) и другие случаи инфекционных заболеваний, в соответствии с приказом Департамента здравоохранения (ГУЗМ) от 10.02.89 № 72.

3. Медицинский работник подразделения (врач, фельдшер, медицинская сестра), выявивший больного с подозрением на особо опасное заболевание, обязан:

3.1. Прекратить дальнейший прием больных.

3.2. Принять меры к изоляции больного по месту выявления (до перевода его в инфекционный стационар, выделенный планом перепрофилирования по городу).

3.3. Не выходя из кабинета, по телефону или нарочным, не бывшим в контакте с больным, немедленно сообщить руководителю подразделения (или дежурному врачу) и запросить защитную одежду, медикаменты, средства личной профилактики, растворы дезинфицирующих средств, предметы ухода за больными.

3.4. Оказать больному необходимую медицинскую помощь*, соблюдая меры личной профилактики.

При подозрении на легочную форму чумы, натуральную оспу (оспу обезьян), особо опасные геморрагические лихорадки, медицинский персонал одевает противочумный костюм 1-го типа, защищая органы дыхания ватно-марлевой маской или респираторами типа «ШБ-1», «ШБ-2».

3.5. Обеспечить немедленную госпитализацию транспортабельного больного через отдел госпитализации инфекционных больных ССиН помощи (специализированным эвакотранспортом скорой помощи).

Нетранспортабельным больным помощь должна быть оказана по месту его выявления, с вызовом консультанта. Госпитализацию такого больного осуществляют на машине скорой помощи со специальным оснащением.

3.6. Уточнить данные эпиданамнеза, узнать у больного (если позволит самочувствие) фамилии и адреса лиц, контактировавших с ним по месту жительства, работы, учебы, даты контакта.

3.7. При подозрении на холеру произвести забор материала для бактериологического исследования (испражнений, рвотных масс, остатков пищи) до проведения текущей дезинфекции и начала лечения антибиотиками.

Забор материала для лабораторных исследований на чуму и оспу обезьян, ГВЛ осуществляется только специалистами противочумной системы и отделов ООИ или по месту госпитализации больного.

Противочумные костюмы 1-го типа укладки для забора материала на холеру и экстренной профилактики 1-го типа находятся в приемном отделении больницы (терапевтический кабинет).

3.8. При выявлении у больного чумы, ГВЛ, оспы обезьян медицинский работник не выходит из кабинета (палаты) и остается с больным до прибытия эвакобригады.

---

* При подозрении на чуму, при тяжелой форме заболевания, стрептомицин или антибиотики тетрациклинового ряда вводят немедленно. При тяжелой форме заболевания холерой (алгид) проводят только регидратационную терапию. Сердечно-сосудистые средства не вводят. При проведении симптоматической терапии больному ГВЛ рекомендуется использование шприцев одноразового использования.

При выявлении больного холерой врач или сестра при необходимости могут выйти из кабинета, предварительно вымыв руки и сняв медицинский халат.

3.9. Провести текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, предметов ухода и т.д.) в кабинете (палате), где выявлен больной.

3.10. Дальнейшие мероприятия проводить по указанию прибывших консультантов и врача-эпидемиолога.

4. Руководитель подразделения, дежурный врач больницы при получении сообщения обязан:

4.1. Уточнить клинико-эпидемиологические данные о больном и сообщить по телефону (или нарочным) главному врачу (дежурному администратору) о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, и принятых мерах.

4.2. Принять меры для немедленной госпитализации больного в госпиталь для ООИ или вызов консультантов для проведения заключительной дезинфекции.

4.3. Направить в кабинет для врача (медсестры) защитную одежду, средства экстренной профилактики, дезрастворы, необходимые медикаменты для оказания помощи больному.

4.4. Обеспечить:

— вызов эпидемиолога ГКБ № 1;

— прекращение приема больных через отдел госпитализации;

— определение границ очага;

— работу ЛПУ по противоэпидемическому режиму, предусмотренному для данной инфекции;

— информацию (объявление) поступающих плановых и амбулаторных больных о временном закрытии медицинского учреждения с указанием адреса, где будет проводиться прием больных;

— прием больных по жизненным показаниям в изолированных от общего потока помещениях, имеющих отдельный выход;

— выявление и составление списка лиц, имевших контакт с больным, среди пациентов стационара и посетителей поликлинических отделений, в том числе и выбывших к моменту выявления больного, а также медицинского и обслуживающего персонала подразделения (при заболеваниях ГВЛ или оспой обезьян учитывают также контакты по помещениям, сообщающимся через вентиляционные системы).

5. При возникновении массовых инфекционных заболеваний (не отнесенных к ООИ) обеспечить госпитализацию больных в инфекционные отделения городских стационаров и (или) лечение их (по клиническим показаниям) в перепрофилированных

отделениях (палатах) с соблюдением противоэпидемического режима в соответствии с Инструкцией, утвержденной Приказом Минздрава от 04.08.83 № 916.

6. Дальнейшие мероприятия проводить в соответствии с разработанным планом оперативных противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага под руководством врача-эпидемиолога.

Инструкция о противоэпидемическом режиме работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями инфекционных заболеваний I—II групп* *(Извлечения)*

11. Применение защитного костюма

11.1. Защитный (противочумный) костюм предназначен для предохранения от заражения возбудителями инфекционных заболеваний I—II групп при всех основных механизмах их передачи, а именно:

а) через укус кровососущих насекомых;

б) воздушно-капельным путем;

в) при непосредственном контакте с зараженным материалом.

11.2. Защитный костюм состоит из пижамы, носков (чулок), тапочек, медицинской шапочки (косынки), противочумного халата, капюшона (большой косынки), резиновых перчаток, резиновых (кирзовых) сапог (или бахил для работы в стационаре), ватно-марлевой маски, защитных очков типа «летные», полотенца. Костюм может быть при необходимости дополнен прорезиненным (полиэтиленовым) фартуком и такими же нарукавниками.

Пижама должна быть спереди с глухой застежкой на пуговицы, с завязками на концах штанин и рукавов.

Примечание. Для пользования защитным костюмом в зимнее время вне помещения противочумные халаты изготовляются больших размеров с учетом надевания костюма на ватные брюки, теплые куртки и шапки.

11.4. Противочумный халат шьют по типу хирургического, но значительно длиннее (до нижней трети голени), при этом полы его должны глубоко заходить одна на другую, а пояс, состоящий из двух частей, пришитых каждая к отдельной поле, должен быть шире и длиннее обычного, чтобы его можно было завязать петлей. Завязки у высокого ворота делают по тому же

---

* Утверждена 29.06.78 заместителем министра здравоохранения СССР П. Н. Бургасовым.

типу, как и пояс. Для завязывания рукавов пришивают одну длинную тесемку. Халат шьют из бязи или полотна.

11.5. Противочумную косынку изготавливают из той же ткани размером 90 × 90 × 125 см.

11.6. Ватно-марлевую маску изготовляют из куска марли длиной 125 см и шириной 50 см. В средней части куска в продольном направлении укладывают сплошной ровный пласт ваты длиной 25 см, шириной 17 см (вес ваты 20 г, толщина слоя 1,5—2 см). Края марли заворачивают и под наружный ее край закладывают три кусочка ваты. Длинные марлевые концы разрезают вдоль, немного не доходя до ватной прослойки (длина разреза 50 см). После этого маску складывают, завертывают в бумагу и стерилизуют.

11.7. Очки применяют «летные» с широким, плотно прилегающим краем, изогнутыми стеклами или любой иной конструкции, обеспечивающей их герметичность. Для однократного использования вместо очков можно применять прозрачный целлофан.

Резиновые перчатки применяют хирургические или анатомические.

11.8. Противочумный костюм надевают до входа в помещение, где работают с заразным материалом, или на территории очага. Костюм необходимо надевать в строго установленной последовательности, тщательно, чтобы в нем было удобно и безопасно работать.

Порядок надевания костюма следующий: пижама (комбинезон), носки, тапочки, капюшон (большая косынка), противочумный халат и сапоги. Тесемки у ворота халата, а также пояс халата завязывают спереди на левой стороне обязательно петлей, после чего закрепляют тесемки на рукавах. Респиратор (маску) надевают на лицо так, чтобы были закрыты рот и нос, для чего верхний край маски должен находиться на уровне нижней части орбит, а нижний — под подбородком. Верхние тесемки маски завязывают петлей на затылке, а нижние — на темени (по типу пращевидной повязки). Надев респиратор (маску), по бокам крыльев носа закладывают ватные тампоны и принимают все меры для того, чтобы воздух не фильтровался помимо маски.

Очки должны быть хорошо пригнаны и проверены на отсутствие фильтрации воздуха и на прочность; стекла натирают специальным карандашом или кусочком сухого мыла для предупреждения их запотевания. В местах вероятной фильтрации воздуха закладывают ватные тампоны. Затем надевают перчатки, предварительно проверив их на целостность. За пояс халата с правой стороны закладывают полотенце.

11.10. Защитный костюм снимают после работы в специально выделенном для этого помещении или в той же комнате, где проводилась работа, но после полного обеззараживания этого

помещения. Для обеззараживания костюма должны быть предусмотрены:

а) тазик или бачок с дезраствором для обработки наружной поверхности сапог или галош;

б) тазик с дезинфицирующим раствором для обработки рук в перчатках в процессе снятия костюма;

в) банка с дезраствором для обеззараживания целлофана;

г) банка с притертой пробкой с 70° спиртом для обеззараживания очков и фонендоскопа;

д) кастрюли с дезраствором или мыльной водой для обеззараживания ватно-марлевых масок;

е) металлический бак с дезраствором для обеззараживания халата, косынки (капюшона) и полотенца;

ж) металлическая кастрюля или стеклянная банка с дезраствором для обеззараживания перчаток.

11.11. При обеззараживании костюма дезинфицирующими растворами все его части полностью погружают в раствор.

В тех случаях, когда обеззараживание проводят автоклавированием, кипячением или в дезкамере, костюм складывают соответственно в баки, в биксы или камерные мешки, которые снаружи обрабатывают дезинфицирующими растворами.

11.12. Костюм снимают медленно, в строго установленном порядке, погружая руки в перчатках в дезинфицирующий раствор после снятия каждой части костюма:

а) сапоги или галоши протирают сверху вниз тампонами, обильно смоченными дезинфицирующим раствором, вынимают полотенце;

б) протирают ватным тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, фартук, при наличии его в костюме, и снимают, складывая наружной стороной внутрь;

в) снимают нарукавники и вторую пару перчаток, если они были необходимы при работе;

г) вынимают фонендоскоп, если характер работы требовал его использования;

д) снимают очки (целлофановую пленку), оттягивая их двумя руками вперед, вверх и назад за голову;

е) ватно-марлевую маску развязывают и снимают, не касаясь лица наружной ее стороной;

ж) развязывают завязки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развязывают завязки рукавов, снимают халат, заворачивая наружную часть его внутрь;

з) снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке;

и) снимают перчатки (при подозрении на нарушение целостности перчаток их проверяют в дезрастворе, но не воздухом);

к) снимают сапоги;

л) после снятия защитного костюма руки обрабатывают 70° спиртом, затем тщательно моют с мылом (для мытья рук во всех отделениях бактериологических лабораторий, госпиталях, изоляторах и др. используют туалетное мыло).

После работы в защитном костюме рекомендуется принять душ.

11.13. Защитная одежда обеззараживается после разового применения путем кипячения, автоклавирования, замачивания в дезинфицирующем растворе.

7. Профилактика сыпного тифа

Технология противопедикулезной обработки

Для обработки волосистых частей тела чаще используют следующие инсектициды:

1) 0,15% водная эмульсия карбофоса — готовится следующим образом:

На 1 литр теплой воды берется 5 мл (полная чайная ложка) 30% эмульсии карбофоса или 3 мл (неполная чайная ложка) 50% эмульсии карбофоса и разводится в эмалированной или стеклянной посуде.

Педикулицид наносится на волосистую часть головы (тампоном, либо намыливанием). Голову обвязать полиэтиленовой косынкой или полотенцем на 30 минут, затем промыть голову шампунем, после чего сполоснуть 5% раствором уксусной кислоты. После ополаскивания голову прочесать частым гребнем.

2) Лосьон Ниттифор — обработка проводится так же, как в первом случае, только экспозиция 40 минут.

3) 10% водно-керосиновая эмульсия — готовится следующим образом.

Смешивается 1 часть керосина (в стеклянной или эмалированной посуде) с 9 частями воды.

Расход 5—10 мин. Экспозиция 20—30 мин.

Помещение, в котором проводилась санитарная обработка пациента, обрабатывается 0,5% раствором хлорофоса или 0,15% карбофоса в течение 20—30 мин.

Для обработки используются также карбозоль, меофос-2, педисульфат (аэрозольные баллоны), экспозиция 15 мин.

Риопан, неопин, пиретрум (дусты) 20 г на 1 м². Экспозиция 1—2 часа. Обрабатывая пациента от педикулеза, медицинская сестра должна надеть другой халат и перчатки.

Примечание.

Обработке от педикулеза не подлежат:

а) дети до 5 лет;

б) беременные и кормящие женщины;

в) люди с повреждением кожи (микротравмы, дерматит, экземы).

Целесообразно использовать механический способ: стрижку или сбривание волос.

8. Дезинфекционные мероприятия в работе палатной медицинской сестры

8.1. Хлорсодержащие дезинфектанты: общие сведения

I. Методические указания по приготовлению дезрастворов хлорсодержащих препаратов

1. Дезинфицирующие средства следует хранить в темном, сухом, прохладном и хорошо проветриваемом помещении на стеллажах, в плотно закрытой таре. При неправильном хранении хлорсодержащих препаратов они быстро разлагаются с потерей активного хлора.

2. Для разведения растворов необходимо иметь 10-литровую емкость (эмалированные бачки или ведро с крышкой, мерная емкость для хлорамина, хлорной извести, деревянная лопатка, эмалированный ковш). Для приготовления 1% раствора хлорамина берут 100 г хлорамина, растворяют в небольшом количестве теплой воды и добавляют воды до 10 литров.

3. Для приготовления одного ведра хлорно-известковой взвеси на 9 литров воды берут 1 кг хлорной извести, содержащей 25% активного хлора, сначала также растворяют 1 кг извести в 2—3 литрах воды, постоянно помешивая деревянной лопаткой до образования равномерной взвеси, а потом доливают воду до метки 10 литров. В течение первых 4 часов отстаивания необходимо не менее 3 раз перемешать смесь, чтобы активный хлор полностью перешел в раствор. Через 24 часа отстаивания определяют содержание активного хлора в растворе, после чего раствор осторожно сливают в другую емкость. Из осветленного раствора хлорной извести готовят раствор нужной концентрации (1%, 3%, 5%). Растворы хлорной извести применяют для дезинфекции выделений, для обеззараживания одноразовых систем, шприцев, для влажной уборки помещений. Если растворы хранятся в темном, прохладном месте, их можно использовать в течение 5—6 дней.

II. Отбор проб дезинфектантов (хлорсодержащих препаратов и их растворов)

1. Пробы сухих препаратов хлорной извести и хлорамина из бочек, барабанов, полиэтиленовых пакетов берутся на глубине не менее 15 см, в количестве 20 г (3/4 части 50 мл стеклянной банки). Отдельно берутся пробы из отсыревших и загрязненных мест.

2. Маточные растворы хлорсодержащих препаратов при взятии пробы не перемешиваются, проба в количестве не менее 25 мл берется из осветленной части раствора осторожно, чтобы исключить попадание в него комочков.

3. Рабочие растворы хлорсодержащих препаратов перед взятием тщательно перемешиваются.

4. Взятая проба помещается в сухую чистую стеклянную посуду, которая закрывается пробкой.

На каждую пробу выписывается направление с указанием:

— наименования и сорта препарата, № партии, из какой упаковки взята проба (бочка, барабан, полиэтиленовый мешок, пакет);

— наименования учреждения, отделения;

— даты отбора проб;

— фамилии лица, отбиравшего пробу.

5. Заявка на потребное количество дезинфицирующих средств на ЛПУ составляется в соответствии с нормами расхода дезпрепаратов в ЛПУ, Приказ МЗ СССР от 17.01.79 № 50.

III. Документация:

— журнал учета расхода дезсредств;

— журнал приготовления дезсредств;

— папка с результатами химического контроля сухого препарата и дезрастворов на содержание активного хлора;

— инструкции по приготовлению дезрастворов.

IV. Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими и моющими средствами

1. Запасы препаратов хранят в местах, недоступных для общего пользования, в темной посуде, в темном сухом и прохладном месте. Все дезинфицирующие, моющие средства и их растворы должны иметь этикетки с указанием концентрации. В лечебно-профилактических и детских учреждениях дезинфицирующие средства и их расчеты хранят под замком в местах, недоступных для детей и лиц, не занимающихся дезинфекцией, отдельно от лечебных препаратов.

2. Безопасность использования химических средств предстерилизационной очистки медицинских изделий для пациентов и персонала гарантируется соблюдением мер предосторожности.

3. К работе допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по производственным обязанностям, технике безопасности и мерам предосторожности при работе с химическими средствами. Ответственный за инструктаж — главный врач учреждения и специально назначенное приказом административное лицо.

4. Медперсонал проходит предварительный и периодические (раз в год) медосмотры. Лица с повышенной чувствительностью к применяемым моющим средствам от работы с ними отстраняются.

5. Необходимо строго соблюдать последовательность и точно выполнять все этапы дезинфекции, очистки, систематически проводить контроль за их качеством и полнотой щелочных компонентов моющих средств, обеспечивая максимальное удаление их остатков с обрабатываемых объектов.

6. Расфасовку, приготовление рабочих растворов формальдегида, перекиси водорода, дезоксона-1, хлорамина проводить в вытяжном шкафу или в крайнем случае в отдельном проветриваемом помещении.

7. Всю работу с дезинфицирующими и моющими средствами проводят в резиновых перчатках, герметичных очках (ПО-2, ПО-3) и в четырехслойной марлевой маске или в противопылевых, или универсальных респираторах. По окончании работы руки моют и смазывают кремом.

Методические указания по предстерилизационной очистке изделий мед. наз. МЗ СССР 8/1-82 № 28 6/13

8.2. Дезинфекция различных медицинских изделий

Дезинфекция шпателей

1) Шпатели металлические кипятят:

— в 2% содовом растворе — 15 мин;

— в дистиллированной воде — 30 мин.

2) Шпатели деревянные уничтожаются.

Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720

Дезинфекция медицинских термометров

Полное погружение в раствор с последующим промыванием в воде. Для этой цели используют:

а) хлорамин Б — 0,5% раствор — 30 мин;

б) перекись водорода — 3% раствор — 30 мин;

в) тройной раствор — 45 мин.

Хранить в сухом виде.

Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720, Приложение № 4

Дезинфекция ножниц для стрижки ногтей, бритвенных приборов

1) кипячение в дистиллированной воде — 30 мин;

2) погружение в тройной раствор на 45 мин. с последующим промыванием в воде.

Хранить в сухом виде.

Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720, Приложение № 4

Дезинфекция резиновых грелок, пузырей для льда

2-кратное протирание ветошью с интервалом 10—15 мин, смоченной в растворе:

а) хлорамин Б — 1% раствор;

б) хлорамин Б — 0,75% раствор с 0,5% моющего средства.

Приказ МЗ СССР от 31.07.78 № 720

Дезинфекция наконечников

Наконечники после использования обеззараживаются в одном из дезинфицирующих растворов:

1) 3% раствор хлорамина, экспозиция — 60 мин;

2) 0,05% раствор нейтрального анолита на 30 мин;

3) 2% раствор питьевой соды — кипячение в течение 15 мин;

4) 4% раствор перекиси водорода, экспозиция — 90 мин.

Затем промываются и подвергаются предстерилизационной очистке. Если использовались для дезинфекции растворы 0,05% нейтрального анолита или кипячение в 2% растворе питьевой соды, то дезинфекция и предстерилизационная очистка объединяются в один этап.

Предстерилизационная очистка наконечников

Используется один из моющих растворов:

— 0,05% раствор «Биолота» — 15 мин, t = 40° С;

— 0,5% моющий комплекс, t = 50° С (полное погружение с заполнением внутренних каналов);

— 3% раствор питьевой соды — 15 мин, t = 50° С (для однократного применения).

Далее наконечники тщательно ополаскиваются дистиллированной водой и стерилизуются автоклавированием при режиме 1,1 атм — 120° С 45 мин, хим. контроль — бензойная кислота либо химическая стерилизация в 0,03% растворе нейтрального анолита — 60 мин или 6% растворе перекиси водорода — 6 часов. Ведется журнал учета химич. стерилизации и 1 раз в месяц сдаются бакпосевы в баклабораторию для контроля стерильности.

ОСТ 42-21-2—85

Дезинфекция подкладных суден, мочеприемников

Погружение в 1% раствор хлорамина на 120 мин.

Приказ МЗ СССР от 31.07.78 № 720

Технология обработки катетеров

1) погружение в 1% раствор хлорамина на 30 мин, в случае загрязнения катетера кровью в 3% раствор на 1 час, промывается проточной водой с разминанием;

2) затем погружается в один из моющих комплексов на 15 мин;

3) ополаскивание в дистиллированной воде;

4) стерилизуется в ЦСО после просушивания и укладки в двухслойную бязь, затем в бикс.

(ОСТ 42-21-2–85) Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720

Дезинфекция мочалок для мытья пациентов

1. Кипячение в дистиллированной воде — 30 мин.

2. Кипячение в 2% растворе питьевой соды — 15 мин.

Приказ МЗ СССР № 288, Приложения №№ 1 и 5

Обработка перчаток

После использования перчатки погружают в 1% раствор хлорамина на 30 мин. В случае загрязнения перчаток кровью их погружают в 3% раствор хлорамина на 60 мин;

— затем промывают проточной водой и погружают в моющий комплекс на 15 мин; раствор «Биолота» или раствор перекиси водорода 3% — 200,0; порошок «Лотос» — 5,0; вода питьевая до 1 литра t = 50° С — 15 мин;

— промывают проточной водой;

— ополаскивают в дистиллированной воде;

— просушивают, пересыпают тальком каждую пару перчаток, заворачивают каждую перчатку в марлю. Затем все вместе — в двухслойную бязь или бикс.

Контроль — бензойная кислота. Сдается в ЦСО для автоклавирования.

Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720

Дезинфекция уборочного материала

Погружают в раствор, затем промывают и сушат:

1) хлорамина Б — 1% раствор — 60 мин;

2) гипохлорида Са — 0,05% раствор — 60 мин;

3) раствор хлорной извести — 1% — 60 мин.

Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720

Обработка ветоши

1. Погружение в один из растворов на 60 мин перед использованием:

а) хлорамина Б — 1% раствор;

б) гипохлорида Са — 0,5% раствор.

2. Или кипячение в 2% содовом растворе — 15 мин.

3. Или кипячение в дистиллированной воде — 30 мин.

(ОСТ 42-21-2–85) Приказ МЗ СССР от 30.07.78 № 720

9. Текущая и генеральная уборка палатных отделений

Текущая уборка помещений

Порядок проведения **текущей уборки** в каждом помещении отделения или кабинета ЛПУ зависит от специфики требований санитарного режима для этого помещения.

При этом следует помнить, что в отделениях и кабинетах, где не проводятся парентеральные вмешательства, при текущей уборке, как правило, можно пользоваться мыльно-содовым раствором.

Там, где указанные вмешательства проводятся, в соответствии с приказами МЗ СССР № 288, 720 и 1230 (Приложение № 1) текущая уборка осуществляется не реже 2 раз в день влажным способом с применением дезинфицирующих средств.

Уборочный инвентарь (ведра, тряпки, щетки и пр.) маркируют и применяют раздельно для туалетов, палат, ванных комнат и других помещений.

Маркированный уборочный инвентарь хранят строго в установленных местах и используют только по прямому назначению.

После использования уборочный инвентарь обеззараживают.

В случае карантина в отделении, а также в инфекционных, туберкулезных и т.п. отделениях, асептических блоках и т.п. к текущей уборке предъявляются более жесткие требования к дезинфекционному режиму.

Генеральная уборка

1. Планирование генеральных уборок

Для проведения генеральной (от рус. — общая, основательная) уборки палатных отделений приказом по больнице 1 раз в месяц устанавливается фиксированный день (напр., последняя пятница каждого месяца), о чем заблаговременно ставится в известность администрация отделения госпитализации. В этот день ограничивается поступление в отделения плановых больных, госпитализируются только больные по экстренным показаниям.

Для обеспечения рациональной расстановки кадров, учета объема выполненной работы, расчета необходимого количества моюще-чистящих и дезинфицирующих средств рекомендуется разрабатывать годовой план-график проведения генеральных уборок, утверждаемый заведующим отделением. Технология, график

проведения уборки, перечень моюще-чистящих средств периодически пересматриваются, но оценить реальность выполнения плана можно только при условии строгого контроля выполнения с соблюдением правил санитарной обработки всех помещений и оборудования.

План-график удобнее составлять в виде таблиц, с указанием полного набора и площади помещений, а также количества и примерной площади обрабатываемых поверхностей мебели, медицинского и санитарно-технического (ванн, унитазов, раковин, батарей отопления и т.д.) оборудования, окон и застекленных дверей.

В эту же таблицу можно включить сроки мытья окон, обработки осветительной арматуры, поэтапную обработку дезкамерной обработки всех постельных принадлежностей, смену штор и др.

Уборочный инвентарь

В каждом подразделении рекомендуется иметь не менее 5—6 комплектов следующего набора уборочного инвентаря и ветоши для уборки групп помещений с разным режимом работы (с цветной сигнальной маркировкой):

I — процедурных, манипуляционных и др. с режимом асептики (по числу кабинетов);

II — палат терапевтического профиля;

III — послеоперационных палат, для больных с иммунодефицитными состояниями, получающих гормональные препараты и т.д. (по числу палат);

IV — административно-хозяйственных помещений (кабинеты врачей, сестринские и т.д.);

V — ванных (по числу ванных);

VI — санузлов (по числу уборных).

Приспособления для уборки (уборочный инвентарь) должны легко подвергаться дезинфекции. Не рекомендуется применять в ЛПУ волосяные щетки, веники из сарго, которые трудно промываются и практически не выдерживают дезинфекции, вследствие чего являются фактором передачи инфекции.

По числу групп помещений с соответствующим режимом асептики комплектуются наборы уборочного инвентаря:

— набор из половой щетки (швабры) и швабры на длинной рукоятке для мытья стен и потолков;

— ведра или пластиковые пакеты для сбора и кратковременного хранения мусора в период уборки;

— набор из 2 ведер (оцинкованных) для мытья стен и потолков моюще-дезинфицирующим раствором и последующего отмывания его чистой водой от остатков моющих средств;

— набор из 2 ведер — соответственно для мытья и ополаскивания пола;

— набор ершей с рукоятками разной длины для мытья батарей отопления, труднодоступных мест и т.д.;

— эмалированные емкости (кастрюли) для чистой ветоши;

— щетки с жесткой щетиной или ветошь — для мытья ванн и раковин;

— щетки для чистки мягкой мебели (при отсутствии пылесоса);

— круглый унитазный ерш (для обработки санузлов в отдельных палатных секциях);

— помпа (квач, вантуз) — для ликвидации небольших засоров канализационных труб унитазов и раковин.

Набор ветоши, состоящий из:

— чехла-мешка из хлопчатобумажного трикотажа, надеваемого на швабру для мытья (обметания) потолков и стен;

— двух тряпок из мешковины (желательно с обшитыми краями) — соответственно для мытья пола раствором и последующего отмывания его чистой водой;

— тряпок из хлопчатобумажной ткани — для вытирания пыли.

Независимо от вида обработки помещения (мытье мыльно-содовым или дезинфицирующим растворами) весь уборочный инвентарь и ветошь после уборки помещений подлежит дезинфекции, мытью и обязательной сушке.

Ветошь обязательно должна быть высушена, так как во влажной среде и особенно в темном помещении очень интенсивно размножаются многие микроорганизмы, вызывающие внутрибольничные гнойно-воспалительные заболевания.

Нельзя хранить уборочный инвентарь в кабинетах и палатах. Для этого выделяется либо отдельное помещение или шкафы, в которых в отдельных секциях хранится полный набор маркированного уборочного инвентаря для каждой категории помещений.

Половые щетки лучше подвешивать на проволочных или металлических кольцах для лучшего просушивания и защиты щетины от загибания. По окончании уборки щетки необходимо мыть в моюще-дезинфицирующем растворе, ополаскивать в чистой воде и периодически прочесывать щетину специально выделенной для этой цели расческой или др. приспособлениями.

Деревянные рукоятки щеток и швабр желательно покрывать водонепроницаемой краской или лаком для облегчения дезинфекционной обработки.

Технология уборки

Уборку лечебно-диагностических помещений и палат желательно проводить при открытых окнах и в отсутствии пациентов. Постели должны быть покрыты.

Уборку помещений следует начинать с освобождения от мебели, оборудования и т.д. или отодвиганием ее для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым объектам.

При установке стационарного оборудования места стыков и прилегания к стенам рекомендуют заделывать герметиками для предупреждения затекания жидкостей, скопления грязи и пыли.

Генеральная уборка перед наступлением осенне-зимнего сезона должна включать обязательное двустороннее мытье стекол после завершения работ по ремонту и остеклению окон, восстановлению замазки. Затем производят заделку щелей ватой или др. материалом и оклейку вторых рам специальной плотной бумагой шириной 4—5 см. Оклейку обычно проводят жидким крахмальным клейстером.

Если рамы прилегают недостаточно плотно, к ним рекомендуется прибивать тонкие деревянные рейки, оклеенные байкой или др. уплотнительным материалом, но не войлоком, так как в нем разводится моль и др. насекомые. Можно использовать специальные герметики.

Для предохранения стекол от замерзания их протирают смесью из 1 части глицерина и 3 частей спирта, а между рамами помещают какое-либо гигроскопическое вещество, например, кусочек древесного угля.

Грязные стекла поглощают до 50% проходящего света. Примерно один раз в 1—2 месяца их следует промывать теплой водой с добавлением нашатырного спирта (1 столовая ложка на 1 л воды) или специальными стеклоочистителями.

Подушки не рекомендуется чистить пылесосом, их следует выколачивать выбивалкой.

При отсутствии таких условий мягкую мебель, матрацы, подушки накрывают увлажненной тканью и затем очищают выколачиванием.

Если требуется дезинфекционная обработка мягкой мебели, штор, различных поверхностей, для которых не подходит традиционная обработка водными растворами, можно применять «Соларсепт» серии «Деконекс» ЗАО Вита-Тур — готовый раствор для быстрой дезинфекции больничной мебели, тканей, матрацев, одежды (внешней стороны больничных халатов, обуви), предметов и областей частого касания (приборов, телефонов, ручек дверей и кранов, выключателей, сидений унитазов и т.д.).

Достоинство препарата в том, что он не разрушает структуры тканей, хорошо смачивает обрабатываемую поверхность и быстро высыхает, не токсичен.

При проведении генеральной уборки некоторую сложность представляет мытье батарей и пространства за ними, где скапливается значительное количество пыли. Для этой цели можно использовать ручные распылители, заправленные: один — моюще-

дезинфицирующим раствором, другой — чистой водой для окончательной промывки. Пространство за и под батареей удобнее обрабатывать последовательно двумя ершами (соответственно для мытья и последующего отмывания чистой водой).

Влажной ветошью, смоченной дезраствором, протираются кровати, прикроватные тумбочки, столы и др. мебель.

Завершают уборку помещений мытьем полов. Особого внимания требует отмывка плинтусов, которые повторно протирают увлажненной дезраствором ветошью по окончании мытья полов.

Обработку любых поверхностей (протиранием, ершеванием) рекомендуется проводить небольшими участками (2—3 м^2).

Моюще-дезинфицирующий раствор следует менять после уборки 80—100 м^2 поверхности — в общесоматических палатах и административно-хозяйственных и др. помещениях, не требующих особого режима, и не более 60 м^2 при обработке помещений с режимом асептики (процедурные, послеоперационные палаты и т.д.).

При проведении генеральных уборок с применением распылительной аппаратуры персонал пользуется респираторами, защитными очками, перчатками.

* * *

Генеральную уборку санузлов, ванных комнат, санитарных комнат и др. подсобных помещений следует проводить не реже 1 раза в 10—15 дней.

10. Схема обхода госпитального эпидемиолога в палатных отделениях

Обход проводится в присутствии заведующего отделением, старшей медицинской сестры, медсестер проверяемых кабинетов.

Сначала проверяется процедурный кабинет, чистая перевязочная, затем гнойная и прочие помещения отделения.

Процедурный кабинет

Первый взгляд — на внешний вид медицинской сестры: халат, головной убор; при проведении процедур — перчатки. Сразу проверить, как хранятся использованные перчатки. Оценить общий вид помещения; чистоту раковины, полотенца; наличие мыла в мелкой расфасовке.

Проверить наличие дезинфекционных растворов. С помощью экспресс-тестов определить их концентрацию.

Следующий этап — биксы. Осмотреть фильтры на биксах. Если фильтр — биологический, выяснить, когда производилась его замена. Обязательно проверить, когда проводилась стерилизация бикса и когда он был вскрыт. Проверить наличие тестов для закладывания в бикс.

На рабочем столике проверяется наличие захватывающего инструмента. Он должен быть или в стерильном пакете (2—3 часа), или в дезинфицирующем растворе. Контролируются сроки стерилизации одноразовых инструментов — просроченных не должно быть.

Следует расспросить медицинскую сестру, как она работает при выходе на процедуры в палаты. Здесь важно наличие двух лотков, чтобы чистые и использованные инструменты не находились в одном месте. Лотки должны быть прикрыты чистой салфеткой.

Медицинская сестра должна рассказать о том, как обрабатывает подушечки, резиновые жгуты и т.п.

Проверяется наличие и состояние ветоши для текущей уборки.

Особое внимание уделяется холодильнику — в нем не должно быть посторонних предметов — и сроку годности бакпрепаратов.

Познакомиться с ведением журнала стерилизации, тетрадями по работе бактерицидных ламп и по проведению генеральных уборок.

Кроме того, в перевязочной следует обратить внимание на утилизацию использованной «перевязки» (сжигание в каминах или замачивание в дезинфицирующих растворах).

Обязательно наличие отдельных лотков для чистых и использованных материалов (зондов). Проверить, дезинфицируется ли стол после каждого пациента. Желательно, чтобы вместо полотенец у раковины были одноразовые салфетки.

Отдельно проверяются наборы для катетеризации мочевого пузыря — все должно быть стерильным. Смазывающее вещество должно быть также стерильным и в мелкой расфасовке. Проверяется обработка зондов.

Далее проверяются буфет, палаты, туалет и клизменные.

Буфет

Кроме общей чистоты, проверяются: маркировка разделочных досок, ножей, кастрюль. Вся посуда должна храниться в сухом виде. Обязательно расспросить буфетчицу о технологии мытья посуды и обработки ветоши.

После буфетной разумно проверить холодильник для продуктов, принадлежащих пациентам.

Палаты

Проверяется общий вид. Уточняется проведение смены белья, для чего проводится опрос пациентов, проверка отметки в истории болезни.

В тумбочках пациентов не должно быть ничего съестного, кроме фруктов, соков, сухих продуктов.

После выписки пациента тумбочки должны быть вымыты, кровати протерты ветошью, смоченной в дезинфицирующих средствах, матрац, подушка и одеяло — сданы в дезинфекцию. Сразу же следует проверить хранение чистого и грязного белья. При этом надо проконтролировать, протирается ли смоченной в дезинфицирующих растворах ветошью полка для белья.

Клизменная

В клизменной должны находиться отдельный халат, полотенце, а также все необходимое для обработки наконечников и клизм.

Туалет

В туалете проверяют квочи, которые должны быть на 2/3 погружены в дезинфицирующий раствор, который меняют ежедневно. Проверяют порядок обработки суден.

В заключение проверяется уборочный инвентарь: тряпки и ветошь (набор, порядок обработки, хранения), запас моющих и дезинфицирующих средств, наличие полотенец для персонала. Уборочный инвентарь должен храниться в специально выделенных помещениях и промаркирован. Если таких помещений не хватает, можно использовать ревизионные каналы с дверцами. Не допускается совместное хранение уборочного инвентаря для различных помещений (процедурной, перевязочной, палат, коридоров, туалетов, клизменных, буфетных).

Тряпки и ветошь после замачивания на 1 час в однопроцентном растворе хлорамина промываются проточной водой и хранятся в сухом виде.

Если ветошь запачкана кровью, ее замачивают в трехпроцентном растворе хлорамина.

Раздел 6. Охрана труда

Помимо общих факторов риска, представляющих потенциальную опасность для здоровья работников, при работе на посту имеются дополнительные риски. Это:

1) риск заражения вирусным гепатитом, СПИДом;

2) риск при работе с дезинфектантами;

3) риск при работе со стерилизаторами и автоклавами.

4) риск заражения инфекционным заболеванием, если таковое зарегистрировано в отделении.

Остановимся подробнее на охране труда по каждому из перечисленных рисков.

Профилактика вирусного гепатита и СПИДа: предупреждение профессиональных заражений

Профилактика профессиональных заражений медицинских работников проводится в соответствии с правилами, которые сводятся к максимальному предотвращению во время работы возможности аутоинокуляции кровью, содержащей вирус гепатита В.

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или сывороткой, следует производить в резиновых перчатках. Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчниками, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови или сыворотки следует работать в масках. Запрещается медицинскому персоналу проведение парентеральных процедур с использованием мединструментария, предназначенного для больных, прием пищи и курение в лабораториях и помещениях, где проводятся процедуры с больными.

При планировке и строительстве новых ЛПУ необходимо предусмотреть наличие в процедурных кабинетах 2 раковин — для мытья рук и для мытья (обработки) медицинского инструментария.

Разборку, мойку и прополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток и лабораторной посуды, приборов и аппаратов, соприкасавшихся с кровью или сывороткой людей, нужно проводить после предварительной дезинфекции в резиновых перчатках.

Следует строго соблюдать правила личной гигиены. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства

(инъекций, забора крови и т.п.), проводится тщательное двукратное мытье рук в теплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового использования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражение кожи и дерматиты, что облегчает проникновение возбудителя. Хирургам для мытья рук не следует пользоваться жесткими щетками.

Бланки направлений в лабораторию на исследование категорически запрещается помещать в пробирку с кровью. Их следует приклеивать к внешней стороне поверхности емкости. Необходимо маркировать пробирки с кровью, взятой для анализа, у носителей HBsAg и больных хр.гепатита В.

В клинико-диагностических лабораториях, исследующих кровь или сыворотку людей, следует работать с соблюдением режима, предусмотренного для работы в микробиологических и вирусологических лабораториях. При работе с кровью, сывороткой или другими материалами нужно пользоваться резиновыми грушами или автоматическими пипетками с одноразовыми наконечниками. Насасывание сыворотки ртом не допускается.

В случае загрязнения рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (1% раствор хлорамина), и вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом, насухо вытереть индивидуальным полотенцем или салфеткой одноразового использования.

Поверхности рабочих столов в конце каждого рабочего дня (а в случае загрязнения кровью — немедленно) следует обработать 3% раствором хлорамина.

Все виды использованных пипеток, пробирок, предметные стекла, резиновые груши должны быть обеззаражены погружением в сосуды с дезинфицирующим раствором, а затем подвергнуться предстерилизационной очистке и стерилизации согласно ОСТа 42-21-2–85.

Медицинские работники, имеющие по роду своей профессиональной деятельности контакт с кровью и ее компонентами, подлежат обследованию на наличие HBsAg при поступлении на работу, а далее не реже одного раза в год. При выявлении HBsAg проводится углубленное клинико-лабораторное обследование врачом-инфекционистом. Лица с наличием HBs-антигенемии отстраняются от заготовки, переработки и переливаний крови и ее препаратов.

Категории медицинских работников с выявленной HBs-антигенемией, относящиеся к группам риска, обязаны соблюдать правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов гепатита В. Все парентеральные манипуляции должны проводиться этими лицами в резиновых перчатках. Вре-

менно отстраняются от работы хирурги, урологи, гинекологи, стоматологи, операционные и процедурные сестры и т.п., имеющие нарушение целости кожных покровов рук. Указанные ограничения с этих категорий медицинских работников снимаются при повторных отрицательных исследованиях крови на наличие HBsAg высокочувствительными методами.

Меры предосторожности при работе с дезинфектантами

1. Используемые для обеззараживания, предстерилизационной обработки, стерилизации и дезинсекции химические препараты обладают в различной степени местным и общим токсическим действием.

2. К работе с дезинфекционными препаратами допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по обязанностям, технике безопасности, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений, изложенный в «Правилах по охране труда работников дезинфекционного дела и по содержанию дезинфекционных станций, дезинфекционных отделов, отделений профилактической дезинфекции санитарно-эпидемических станций, отдельных дезинфекционных установок», утвержденных Министерством здравоохранения СССР от 09.02.79 № 1963-79.

Ответственным за инструктаж является главный врач учреждения или специально назначенное лицо.

3. Лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим средствам от работы с ними отстраняются.

4. Замачивание белья, посуды и других предметов в растворах дезинфицирующих средств, предстерилизационную обработку и стерилизацию изделий медицинского назначения химическими средствами, обработку больных и их вещей инсектицидами проводят в специальных помещениях, оборудованных приточно-вытяжной вентиляцией.

5. Приготовление рабочих растворов дезинфекционных средств проводят в хорошо проветриваемых помещениях. Хранят растворы и выдерживают в них обрабатываемые объекты в плотно закрывающихся емкостях. Запасы препаратов хранят в местах, недоступных для общего пользования, в темной посуде, в сухом, темном и прохладном помещении. Все дезинфекционные средства и растворы должны иметь этикетки с указанием названия, концентрации, даты изготовления и срока годности.

В отделениях дезинфекционные средства и их растворы хранят под замком в местах, недоступных для детей и лиц, не занимающихся дезинфекцией, отдельно от лечебных препаратов.

6. Строго соблюдается последовательность и точно выполняются все этапы мойки и обеззараживания, обеспечивающие мак-

симальное удаление с обрабатываемых объектов остатков моющих и дезинфицирующих средств.

7. Всю работу с дезинфицирующими, стерилизующими химическими средствами и инсектицидами проводят в хорошо проветриваемых помещениях, в спецодежде, в резиновых перчатках, герметических очках (ПО-2, ПО-3) и в 4-слойной марлевой маске или в противопылевых или универсальных респираторах (РУ-60М и др.).

После окончания работы руки моют и смазывают смягчающим кремом.

Первая помощь при случайных отравлениях дезинфекционными препаратами

1. При нарушении режима работы, несоблюдении мер предосторожности и в аварийных ситуациях у персонала могут возникнуть явления общего отравления или местного раздражения дезинфекционными препаратами.

Характерным для большинства применяемых химических средств дезинфекции и стерилизации является раздражающее действие в отношении кожных покровов, слизистых оболочек глаз, дыхательных путей.

2. Первая помощь при попадании препаратов на незащищенную кожу состоит в немедленном обмывании этого участка чистой водой. При поражении формальдегидом целесообразно обработать кожу 5% раствором нашатырного спирта.

3. При появлении раздражения дыхательных путей немедленно удаляют пострадавшего из помещения на свежий воздух или в хорошо проветриваемое помещение.

Необходимо прополоскать рот и носоглотку водой.

В случае отравления формальдегидом рекомендуется вдыхание водяных паров с добавлением нескольких капель нашатырного спирта. В этих случаях показан прием теплого молока с гидрокарбонатом натрия (питьевая сода) или «Боржоми». По показаниям — сердечные, успокаивающие, противокашлевые средства, вдыхание кислорода. В тяжелых случаях — госпитализация.

4. При попадании любого препарата в глаза немедленно промывают их струей воды или 2% раствором гидрокарбоната натрия в течение нескольких минут. При раздражении глаз закапывают раствор альбуцида, при болях — 1—2% раствор новокаина.

5. При случайном попадании в желудок хлорактивных препаратов промывают желудок 2% раствором тиосульфата (гипосульфит) натрия и дают внутрь 5—15 капель нашатырного спирта с водой, молоко, питьевую соду, магнезиальную взвесь (1—2 столовых ложки на стакан воды).

При отравлении формальдегидом проводят промывание желудка с добавлением в воду нашатырного спирта или 3% раствора карбоната или ацетата натрия (аммония). После промывания дают сырые яйца, белковую воду, молоко.

6. При работе с фосфорорганическими инсектицидами (ФОИ) могут появляться боли в животе, тошнота, иногда рвота, понос, усиление слюновыделения, слезотечение, общая слабость, головная боль, сужение зрачка, замедление пульса, мышечные подергивания.

В случае появления признаков отравления во время распыления инсектицидов пострадавшего уводят из рабочего помещения, снимают загрязненную одежду, дают прополоскать рот кипяченой водой или 2% раствором соды и обеспечивают покой.

При случайном попадании препарата в желудок вызывают рвоту, для чего дают выпить несколько стаканов воды (желательно теплой) или слаборозового раствора марганцовокислого калия (1 : 5000) и раздражают заднюю стенку глотки. Повторяют процедуру 2—3 раза; или промывают желудок 1—2% раствором питьевой соды, водной взвесью жженой магнезии, активированного угля. После рвоты или промывания желудка дают выпить взвесь из 1—2 столовых ложек активированного угля или жженой магнезии в стакане воды, затем солевое слабительное. Нельзя давать касторовое масло.

7. При попадании неразведенного инсектицида или концентрированной эмульсии на кожу их осторожно удаляют, не втирая, ватным тампоном или тряпочкой, затем обмывают кожу водой с мылом.

Для инактивации остатков фосфорорганического инсектицида кожу протирают нашатырным спиртом или 2—5% раствором хлорамина и вновь обмывают водой.

При попадании препарата в глаза их тщательно промывают струей воды или струей 2% раствора питьевой соды. При раздражении слизистой глаз закапывают за веко 30% альбуцид, при болезненности — 2% новокаин.

8. При появлении любого из признаков отравления фосфорорганическими инсектицидами принимают препараты красавки (2—3 таблетки бесалола, бекарбона, беллалгина).

В случае усиления признаков отравления ФОИ немедленно оказывают медицинскую помощь на месте или в поликлинике. С этой целью вводится внутримышечно 1—2 мл 0,1% раствора сернокислого атропина, а при отравлении тяжелой степени — 3—5 мл. При необходимости атропин вводят повторно через 10 минут.

Меры предосторожности при работе с автоклавами

1. Общие требования безопасности

1.1. К обслуживанию стерилизаторов (автоклавов) допускаются только лица, достигшие 18-летнего возраста, прошедшие

предварительный медицинский осмотр, курсовое обучение, аттестацию в квалификационной комиссии, инструктаж по безопасному обслуживанию стерилизаторов и имеющие 1 группу по электробезопасности. Лицам, сдавшим экзамены, должны быть выданы соответствующие удостоверения. Допуск к обслуживанию стерилизаторов лиц, не имеющих удостоверений, запрещается. Персонал, обслуживающий стерилизаторы, должен иметь удостоверение при себе. Срок действия удостоверения — один год.

1.2. При работе в стерилизационных обслуживающий персонал обязан соблюдать требования по электробезопасности при работе с сосудами, работающими под давлением, а также при работе с инфицированным материалом.

1.3. Приказом руководителя учреждения, организации назначается лицо, ответственное за безопасную эксплуатацию стерилизаторов, специально подготовленное, прошедшее проверку знаний и имеющее удостоверение.

1.4. Лицо, ответственное за безопасную эксплуатацию стерилизаторов, проводит инструктаж перед допуском работника к работе и периодически — не реже чем через 6 месяцев — с записью в журнале инструктажа.

1.5. В помещении для стерилизатора должны соблюдаться правила пожарной безопасности.

1.6. Проведение в стерилизационной каких-либо работ, не связанных с эксплуатацией или ремонтом стерилизаторов, запрещается.

1.7. Хранить в стерилизационной посторонние предметы, загромождающие и загрязняющие помещение, запрещается.

1.8. Вход в стерилизационную во время работы стерилизаторов разрешается только обслуживающему персоналу, а также лицам, осуществляющим надзор за работой паровых стерилизаторов.

1.9. Включение стерилизатора в штепсельную розетку категорически запрещается.

2. Требования безопасности перед началом работы

Перед началом работы персонал обязан проверить исправность защитного заземления, предохранительных клапанов, блокировочных устройств и контрольно-измерительных приборов.

3. Требования безопасности во время работы

3.1. Персоналу, обслуживающему стерилизаторы, категорически запрещается:

а) давать пар в стерилизатор или включать подогрев стерилизатора при неполностью закрепленных его крышках;

б) включать стерилизатор при недостаточном уровне воды или отсутствии воды в бачке парообразования;

в) открывать крышку стерилизатора или ослаблять ее крепление при избыточном давлении в стерилизаторе;

г) работать на стерилизаторе, имеющем дефекты, снижающие его прочность и устойчивость;

д) доливать воду в бачок парообразователя, когда он находится под давлением;

е) работать на стерилизаторе по истечении сроков гидравлического испытания и проверок манометров;

ж) оставлять стерилизатор без надзора во время его работы, если он находится на ручном управлении или при отключенной автоматике (если таковая смонтирована).

3.2. Открывать дверь стерилизатора при стерилизации в нем любых растворов разрешается не ранее 30 минут после окончания стерилизации, соблюдая крайнюю осторожность и прикрываясь дверью стерилизатора.

4. Требования безопасности в аварийных ситуациях

4.1. Стерилизатор должен быть остановлен в случаях:

а) если давление в стерилизаторе поднимается выше разрешенного, несмотря на соблюдение всех требований по режиму работы и безопасному обслуживанию стерилизаторов;

б) при неисправности предохранительных клапанов;

в) при обнаружении в элементах стерилизатора, работающих под давлением, трещин, выпучин, пропусков или потений в сварных швах, течи в болтовых соединениях, разрыва прокладки;

г) при возникновении пожара;

д) при неисправности манометра (отсутствует пломба или клеймо, просрочен срок проверки, стрелка манометра при его выключении не возвращается на нулевую отметку шкалы, разбито стекло или имеются другие повреждения, которые могут отразиться на правильности его показаний);

е) при снижении уровня жидкости ниже допустимого, а также при неисправности указателя уровня жидкости;

ж) при неисправности или неполном количестве деталей крышек;

з) при неисправности предохранительных блокировочных устройств, измерительных приборов и средств автоматики;

и) в других случаях, возможных с учетом спецификации.

5. Требования безопасности по окончании работы

5.1. После окончания работы (смены) необходимо отключить электропитание и убедиться в отсутствии в нем давления.

5.2. О всех недостатках и неисправностях, обнаруженных во время работы, персонал обязан сделать соответствующие записи в

журнале технического обслуживания и сообщить лицу, ответственному за безопасную эксплуатацию стерилизаторов.

6. Ответственность работающего за нарушение требований инструкции

6.1. Обслуживающий персонал обязан строго выполнять инструкцию по режиму работы и безопасному обслуживанию стерилизаторов и своевременно проверять исправность действия арматуры, контрольно-измерительных приборов и предохранительных устройств.

6.2. Лица, допустившие нарушение инструкции по режиму работы и безопасному обслуживанию стерилизаторов, должны подвергаться дисциплинарному воздействию и внеочередной проверке знаний.

Профилактика инфекционных заболеваний

Правила выполнения медицинским и обслуживающим персоналом санитарно-противоэпидемического режима и требований безопасности труда в инфекционных стационарах

1. Персонал, обслуживающий инфекционных больных, обязан:

— приходя на работу, снимать личную одежду и обувь и надевать спецодежду и санодежду, спецобувь и предохранительные приспособления, предусмотренные нормами;

— по окончании работы пройти обработку в санитарном пропускнике (принять душ);

— вешать домашнюю одежду и спецодежду обязательно в разных шкафах;

— периодически обеззараживать свои индивидуальные шкафы в гардеробной;

— во время ухода за больными следить за чистотой рук (ногти рук должны быть коротко подстрижены) и спецодежды, после каждой манипуляции с больными, соприкосновения с их выделениями или загрязненным бельем и посудой, проведения дезинфекции, а также перед приемом пищи и по окончании работы обязательно мыть и дезинфицировать руки; использованные щетки для мытья рук обеззараживать;

— при наличии на руках порезов, ссадин и других кожных повреждений, а также при работе, связанной с возможностью загрязнения рук мокротой или другими выделениями больного (переноска плевательниц, суден и горшков с выделениями, приготовление смывов и мазков, разборка инфекционного белья и т.д.), обязательно надевать резиновые перчатки; после работы перчатки подлежат обеззараживанию;

— при мойке посуды столовой, медицинской, аптечной, а также посуды из-под выделений надевать прорезиненный фартук;

— при входе в палаты для больных капельными инфекциями, в период неблагополучия по заболеваемости гриппом, а также при уборке постелей и разборке инфицированного белья обязательно надевать марлевые респираторы;

— волосы полностью закрывать колпаком или косынкой, манжеты рукавов халата завязывать;

— ванщицы на время купания больных обязаны надевать прорезиненный фартук и во время уборки ванной комнаты — галоши;

— о каждом подозрительном на инфекцию случае заболевания в семье медицинского персонала, работающего в инфекционной больнице, немедленно сообщать главному врачу, заведующему отделением, старшей сестре;

— подвергаться всем установленным для медицинского и обслуживающего персонала прививкам и исследованиям.

2. При сопровождении больного, переводимого из одного отделения в другое, работник (санитарка, медсестра) должен поверх своего халата надеть второй халат, который после перевода больного нужно сдать для дезинфекции.

3. Дезинфекторы во время нахождения в загрузочной половине помещения дезинфекционной камеры или помещения, где они производят обеззараживание выделений и других предметов, должны надевать халат, косынку, прорезиненный фартук, перчатки, респираторы, резиновые сапоги, очки. По окончании работы дезинфекторы должны оставить на грязной половине дезинфекционной камеры или помещения, где производилось обеззараживание, указанную спецодежду, тщательно вымыть и продезинфицировать руки, после чего переходить в чистое отделение, где надевать другой халат.

4. Смена халатов, колпаков (косынок) должна производиться не реже 2 раз в неделю, костюмов (платьев) — 2 раза в месяц. При загрязнении выделениями больных спецодежда меняется немедленно.

5. Обслуживающему персоналу запрещается:

— садиться на кровать больных;

— появляться в отделении или на рабочем месте без спецодежды;

— выходить в спецодежде за пределы инфекционного отделения или надевать верхнюю одежду на спецодежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей;

— появляться в столовой или буфете в спецодежде;

— пользоваться уборной, предназначенной для больных, посудой и другими вещами, находящимися в пользовании больных;

— принимать пищу в палатах, коридорах и лабораториях;

— курить в палатах, коридорах и лабораториях;

— переходить из одного отделения в другое или входить в боксы и палаты без особой на то надобности.

6. Хозяйственный персонал (завхоз, слесарь, истопник, столяр и др.), входя в отделение, должен надевать санитарный халат и, уходя, оставлять его в отделении.

Раздел 7. Оценка труда палатных медицинских сестер

Методика оценки качества работы палатных медицинских сестер стационаров

Отделение стационара необходимо рассматривать как подсистему, в которой взаимодействуют между собой различные элементы — врачебный, средний и младший медперсонал, пациенты, медтехника и др. элементы системы. Все варианты взаимодействия и процессы, протекающие в отделении, имеют главную цель: обеспечить лечебно-диагностический процесс на максимально высоком уровне.

В решении этой задачи равную роль вместе с врачебным персоналом играет персонал со средним специальным образованием, к которому относятся и палатные медицинские сестры.

Сестринский процесс, как и врачебный, необходимо рассматривать как два равнозначных элемента лечебно-диагностического процесса, дополняющего один другой. В этом плане теоретическая и практическая подготовка палатной медсестры как самостоятельного специалиста, работающего вместе с врачом (а не «слепого» исполнителя воли врача), приобретает ведущее значение. Для этого палатная медсестра должна знать и уметь выполнять все, что оговорено в «Положении о медсестре ЛПУ» «Сборника технологий и стандартов по выполнению работ палатными медицинскими сестрами». Предпосылкой качественной работы среднего медперсонала является организация системы управления и контроля текущих процессов.

Прежде чем внедрить систему контроля и оценки качества работы палатных сестер на основе контроля элементов текущих процессов, необходимо:

1. Обеспечить изучение всех элементов, стандартов и технологий «Сборника палатных медсестер» старшими медицинскими сестрами.

2. Организовать систематическую учебу всех палатных медсестер в каждом отделении с принятием зачетов по «Сборнику технологий и стандартов организации и выполнению работ палатными медсестрами».

3. Обеспечить такими сборниками все медицинские посты сестер.

Только после выполнения вышеперечисленных мероприятий можно начинать организацию системы контроля.

Управление и контроль текущих процессов требует выделения наиболее главных элементов работы медперсонала, которые

могут серьезно влиять на качество лечебно-диагностического процесса и от которых зависит безопасность пациента и его состояние здоровья.

Для палатной медсестры такими элементами являются:

1. Уровень теоретической и практической подготовки, который должен контролироваться на основе тестирования персонала не реже 1 раза в год по результатам систематических занятий по повышению квалификации в отделении, больнице и на основе квалификационных требований, изложенных в сборнике.

Оценка 5 баллов

2. Соблюдение стандартов ведения медицинской документации, оснащения поста.

(п. п. 5.0; 5.1; 5.21.1.—5.21.7) Оценка 4 балла

3. Правильность учета, хранения лекарственных средств и технология их раздачи пациентам.

(п. п. 6.0—6.8; 7.0) Оценка 5 баллов

4. Соблюдение технологий ухода за пациентами.

(п. п. 10.1—10.16) Оценка 5 баллов

5. Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур.

(п. п. 11.1—11.24) Оценка 6 баллов

6. Своевременность выполнения врачебных назначений.

Оценка 6 баллов

7. Соблюдение технологий по отбору и доставке биопроб для клинических исследований.

(п. п. 19.0—30.0) Оценка 5 баллов

8. Соблюдение санэпидрежима.

(п. п. 12.1; 12.2; 12.4—12.6; 13.1; 13.4; 13.5; 14; 14.1; 18—18.2) Оценка 7 баллов

9. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам исследования.

(п. п. 31.0—35.0) Оценка 4 балла

10. Соблюдение деонтологических принципов (жалобы, мнение пациента о медицинском работнике). Оценка 3 балла

Итого 50 баллов.

Таким образом, мы отобрали 10 основных критериев, по которым можно оценить качество выполнения элементов сестринского процесса палатной медсестрой. Поскольку в понятие качественной медицинской услуги входит и мнение пациента — следует осуществлять сбор мнений пациентов о той или иной палатной медсестре, причем сбор этой информации может осуществляться либо путем раздачи анонимных анкет, либо методом интервью, либо информацией в журнале отзывов и предложений. Мнение пациентов о работе среднего медицинского персонала

позволит раскрыть и психологические аспекты взаимодействия персонала с пациентами. Контроль за качеством работы палатной медсестры осуществляет старшая медсестра, которая в отделении является основным экспертом. Это не исключает возможности привлечения высших экспертов для оценки качества сестринского процесса.

В разработанной нами методике главным является контроль на рабочем месте, когда старшая медсестра, ежедневно выборочно, в течение 1,5—2,0 часов в разное время дня, а может и одномоментно, контролирует все действия палатной медсестры, наблюдая за ее работой. Выявленные дефекты обязательно фиксируются в соответствующих документах. По результатам работы за месяц, квартал, год подводятся итоги с расчетом интегрального коэффициента качества «И.К.К.», а при выявлении повторяющихся дефектов анализируются их причины и принимаются меры к их устранению. Число баллов несет в себе функцию коэффициента весомости, поэтому, чем важнее для отделения показатель, тем большее число баллов может быть ему присвоено.

Оценка качества работы медицинской сестры проводится по трем параметрам:

1. Выполнение сестринского процесса полностью соответствует нормативам, заложенным в сборнике технологий и стандартов.

Выставляется максимальное число баллов данного элемента технологии.

2. Выполнение сестринского процесса не полностью соответствует нормативам, заложенным в сборнике технологий и стандартов.

Выставляется 50% от максимального числа баллов.

3. Выполнение сестринского процесса не соответствует нормативам, заложенным в сборнике технологий и стандартов.

Выставляется 0 баллов.

По результатам контроля оценка выставляется в контрольную карту медсестры или в специальный журнал учета уровня качества работы медсестры.

Выполняемый объем работы палатной медсестры должен быть указан с качеством выполнения сестринского процесса. Размер приработка за увеличение объема работы, интенсивный труд, премия и другие надбавки, выходящие за рамки тарифной сетки, должны строго увязываться с качеством работы медсестры. Для этого величину приработка следует умножить на И.К.К. Чем больше И.К.К. приближается к 1.0, тем большую часть начисленного приработка получит медсестра, и наоборот.

По результатам контроля за работой всех категорий среднего медицинского персонала можно вычислить уровень качества работы медсестры за месяц, квартал и год.

Уровень качества работы среднего медицинского персонала, как и врачебного, обязательно должен входить в модель конечных результатов отделения в качестве одного из показателей результативности модели.

Контрольная карта на медсестру Иванову Т. П.

Дата контроля	Ф.И.О. пациента	Элементы процесса и максимальное число										
		соблюдение стандартов ведения медицинских документов	правильность учета хранения лекарственных средств	соблюдение технологии ухода за больным	соблюдение технологии выполнения манип. процедур	своевременное выпол. врачебных назначений	соблюдение технологий по отбору биопроб для кл. ис.	соблюдение санэпидрежима	соблюдение технологии по подготовке больных к различным исследованиям	соблюдение деонтологических принципов	итоги баллов	интегральный коэффициент качества (И.К.К.)
		4	5	5	6	6	5	7	4	3	45	1
03.05.95	Серов И.О.	2	5	2,5	3	6	5	3,5	4	3	34	
07.05.95	Иванов И.О.	2	5	2,5	6	6	2,5	3,5	4	0	34	
12.05.95	Карпов В.А.	4	2,5	5	6	3	5	7	2	3	37,5	0,77
15.05.95	Левин М.Т.	4	5	5	3	3	2,5	7	4	0	33,5	
25.05.95	Гойдин А.И.	4	2,5	2,5	6	6	5	3,5	2	3	34,5 173,5	
10.06.95	Петров И.Т.	2	2,5	5	6	3	5	7	2	3	35,5	
12.06.95	Соров А.И.	4	5	5	3	3	5	3,5	4	3	35,5	0,77
17.06.95	Косова М.И.	4	2,5	2,5	6	3	5	3,5	4	0	30,5	
19.06.95	Конов Л.П.	4	5	5	3	6	5	7	2	3	38 139,5	

По результатам контроля на рабочем месте конкретной медсестры рассчитывается И.К.К., который составляет отношение суммы фактически набранных баллов к их максимально возможному числу,

например, 173,5:225 = 0,77.

Раздел 8. Этический кодекс медицинской сестры

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий — профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

I. Общие положения

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры является гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное

совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявление высокомерия, пренебрежительного отношения или унизительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего — не навреди

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего — не навредить!» Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!» Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь па-

циенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную, моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патолого-анатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

III. Медицинская сестра и ее профессия

Статья 11. Уважение к своей профессии

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены — неотъемлемое качество личности медицинской сестры. Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сест-

ринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Статья 12. Медицинская сестра и коллеги

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии — оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры — важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства) в частности.

Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимать меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

IV. Медицинская сестра и общество

Статья 14. Ответственность перед обществом

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам делать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестер, медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела

Моральный долг медицинской сестры способствовать развитию реформы сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

Статья 16. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одоб-

ряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда. Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что Межрегиональная Ассоциация медицинских сестер России окажет ей полноценную помощь по: защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено); своевременному получению квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременному получению льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

V. Действие Этического кодекса медицинской сестры России, ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра

Статья 17. Действие Этического кодекса

Требования настоящего Кодекса обязательны для всех медицинских сестер России.

Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России. Студенты, по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность, обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам.

Статья 18. Ответственность за нарушение Этического кодекса

Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России определяется Уставом Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. За нарушение норм Кодекса к членам Ассоциации могут быть применены следующие взыскания: 1) замечание; 2) предупреждение о неполном профессиональном соответствии; 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до одного года; 4) исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 19. Пересмотр и толкование Этического кодекса

Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры России и толкования его отдельных положений принадлежит Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Президиумом названной Ассоциации и приобретают законную силу после утверждения этим органом Ассоциации.

Содержание

Раздел 1. Палатная медицинская сестра в учреждении здравоохранения 3

1. Общие сведения о специалисте по сестринскому делу 3
Требования к специальности «Сестринское дело» 3
Требования к специальности «Сестринское дело в педиатрии» ... 14
2. Тарификация медицинских сестер 21
Тарифно-квалификационная характеристика медицинской сестры 22
3. Аттестация медицинских сестер 24
Положение об аттестации средних медицинских и фармацевтических работников 24
4. Должностная инструкция работника 28
Должностная инструкция для старших медсестер отделений стационара 29
Должностная инструкция медицинской сестры процедурного кабинета 31
Должностная инструкция палатной медицинской сестры отделения стационара 34
Должностная инструкция сестры-хозяйки отделения стационара 40
Должностная инструкция палатной санитарки 43
Должностная инструкция санитарки-буфетчицы отделения 46
Должностная инструкция санитарки-ванщицы отделения стационара 48
5. Графики работы медицинских сестер 50
6. Работа в ночное время и праздничные дни 51
7. Заместительство, совмещение профессий и должностей, совместительство в работе медицинских сестер 53

Раздел 2. Работа палатной (постовой) медицинской сестры: общие сведения 63

1. Рабочее место 63
Стандарты оснащения поста палатной медицинской сестры 63
2. Прием и сдача дежурства 65
3. Лечебно-охранительный режим и правила внутреннего распорядка в палатных отделениях 66

4. Документация поста 68
Журнал передачи дежурства 68
5. Питание пациентов 69
Проверка передачи больным 70

Раздел 3. Работа постовой медицинской сестры с пациентами отделения ... 72

1. Технология общего ухода 72
2. Технология выполнения лечебных манипуляций 82
3. Технология забора и доставки биоматериалов на лабораторные исследования 91
Стандарт направления по отбору и доставке биоматериала на лабораторные исследования 91
4. Технология подготовки пациентов к специальным исследованиям 98
Стандарт подготовки пациентов к специальным исследованиям ... 98
Порядок обследования пациентов в радиоизотопной лаборатории 103
5. Констатация смерти 105

Раздел 4. Лекарственная помощь 107

1. Правила выписки и хранения лекарственных средств 107
Правила хранения и использования сильнодействующих ядовитых и наркотических лекарственных средств 107
Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в фармацевтических (аптечных) организациях и лечебно-профилактических учреждениях ... 110
Высшие разовые и суточные дозы некоторых медикаментов группы «А» 110
Сроки годности лекарственных средств, изготовленных в аптеке 111
Лекарственные средства, подлежащие хранению в холодильнике 112
2. Некоторые важные сведения о лекарствах 113
Лекарственные средства, несовместимые в одном шприце .. 113
Список медикаментов, необходимых для оказания экстренной помощи 115
Растворы, необходимые для оказания экстренной помощи .. 116
Список медикаментов и инструментария, необходимых для лечения анафилактического шока 116

3. Алгоритм действий медицинской сестры в обращении с лекарственными средствами 117
4. Раздача лекарств 118
5. Технология выполнения инъекций 118
Подкожные инъекции 119
Технология выполнения внутримышечных инъекций 120
Технология выполнения в/в инъекций 121
Технология заполнения системы для внутривенных инфузий 122
Технология накладывания жгута перед цитостатиками 123
Технология введения цитостатиков и правила техники безопасности медицинских сестер при работе с ними 124
Осложнения при введении цитостатиков 125
Противоопухолевые препараты 125
Постинъекционные осложнения 127
Технология накладывания компресса 128
6. Технология трансфузионной терапии 129
Технология переливания крови 129
7. Оказание помощи пациентам при некоторых неотложных состояниях 134
Технология проведения непрямого (закрытого) массажа сердца 135
Технология проведения искусственного дыхания 135
Технология остановки наружного кровотечения 136
8. Забор крови из вены для исследования 136
Технология взятия крови из вены для лабораторных исследований 136
Памятка по забору и доставке крови на СПИД 140

Раздел 5. Санитарно-противоэпидемический режим 143

1. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря: общие сведения 143
2. Мытье рук 144
3. Санитарно-противоэпидемический режим при выполнении парентеральных вмешательств 145
4. Предупреждение профессиональных заболеваний медицинских сестер при работе с кровью 147
5. Общие правила для персонала при выявлении в отделении пациента с инфекционным заболеванием 148
Противоэпид[illegible]ие мероприятия 148

6. Инструкция для медицинского персонала отделений при выявлении больного (умершего), подозрительного на заболевание особо опасной инфекцией *(примерная)* 149
Инструкция о противоэпидемическом режиме работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями инфекционных заболеваний I—II групп *(Извлечения)* 152
7. Профилактика сыпного тифа 155
Технология противопедикулезной обработки 155
8. Дезинфекционные мероприятия в работе палатной медицинской сестры 156
8.1. Хлорсодержащие дезинфектанты: общие сведения 156
8.2. Дезинфекция различных медицинских изделий 158
9. Текущая и генеральная уборка палатных отделений 161
Текущая уборка помещений 161
Генеральная уборка 161
10. Схема обхода госпитального эпидемиолога в палатных отделениях 165

Раздел 6. Охрана труда 168

Профилактика вирусного гепатита и СПИДа: предупреждение профессиональных заражений 168
Меры предосторожности при работе с дезинфектантами 170
Первая помощь при случайных отравлениях дезинфекционными препаратами 171
Меры предосторожности при работе с автоклавами 172
Профилактика инфекционных заболеваний 175

Раздел 7. Оценка труда палатных медицинских сестер 178

Методика оценки качества работы палатных медицинских сестер стационаров 178
Контрольная карта на медсестру Иванову Т. П. 181

Раздел 8. Этический кодекс медицинской сестры 182