

Рекомендации по обработке рук медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – только стерильные тканевые .

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

Гигиеническая обработка рук проводится в 2 этапа

- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

При организации ухода за больным, выполнении медицинских назначений большое значение в работе медицинского персонала имеет правильная обработка рук.

Три уровня обработки (деконтаминации) рук

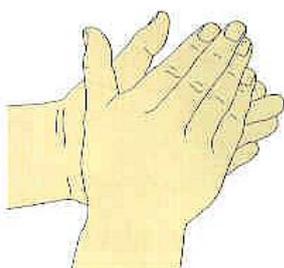
Цель обработки (степень деконтаминации)	Способ обработки
Удаление грязи и транзитной флоры, контаминирующей кожу рук медицинского персонала в	Обычное мытье рук

результате контакта с инфицированными или колонизированными пациентами и/или контаминированными объектами окружающей среды	
Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры	Гигиеническая антисептика
Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры	Хирургическая антисептика

Обычное мытье рук Обычное мытье рук подразумевает использование простого мыла, которое не содержит антимикробных компонентов.

В соответствии со стандартами, рекомендуемая техника мытья рук включает следующие манипуляции:

1. Снять кольца, перстни и другие украшения.
2. Под умеренной струей комфортно теплой воды руки следует энергично намылить и тереть друг о друга не менее 10 секунд в соответствии с методикой, после чего сполоснуть.



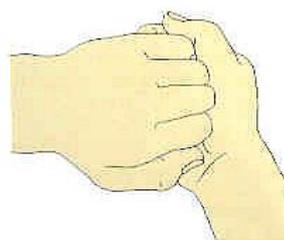
тереть ладонью о ладонь



Правая ладонь по тыльной стороне левой руки и наоборот



тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз



тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки



тереть пальцы круговыми движениями



поочередно, круговыми движениями тереть ладони

3. Высушить руки бумажным полотенцем, которым затем закрыть кран. При отсутствии бумажных полотенец могут быть использованы куски чистой ткани для индивидуального пользования.

Выбор мыла

Мыло для мытья рук может быть в виде кусков, жидкого мыла, гранул, порошка. Наиболее предпочтительно жидкое мыло в дозаторах однократного применения. Дозатор многократного использования со временем контаминируется. Его следует опорожнить, вымыть, высушить и только после этого заполнить свежей порцией мыла.

Если используется мыло в кусках, нужно использовать мыльницы, которые позволяют мылу высыхать между отдельными эпизодами мытья рук, лучше всего с магнитной подвеской.

Мыло в виде гранул или порошка обычно более дорогостоящее, однако может позволить увеличить длительность мытья рук за счет необходимости тщательно растереть порошок или гранулы.

Гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук

Гигиеническая антисептика подразумевает использование антисептических препаратов, обладающих антимикробной активностью и предназначенных для использования на коже или других поверхностных тканях. Целесообразно использовать спиртосодержащие кожные антисептики (70% раствор этилового спирта; 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, АХД-2000 специаль, Стериллиум и др.)

Рекомендуемая техника гигиенической антисептики:

наносится 3-5 мл препарата из дозатора с кожным антисептиком



Если используются спиртовые препараты, то 3-5 мл 70% этилового спирта или 45-60% изопропанола, или спиртового антисептического раствора следует нанести на руки и втирать до высыхания. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки (в соответствии с инструкцией)

Хирургическая антисептика рук

Для хирургической антисептики рук могут использоваться те же препараты, что и для гигиенической антисептики. Время обработки удлиняется до 2-3 мин, в обработку включаются запястья и предплечья.

Техника хирургической антисептики. Руки моют водой с жидким мылом (рекомендуется использовать санитарно-технические устройства и дозаторы мыла и антисептиков). Руки обязательно тщательно высушивают, используя стерильные полотенца (салфетки). Втирание антисептика во влажную кожу снижает его концентрацию и увеличивает время высушивания после обработки антисептиками. После высушивания в кожу рук двукратно втирают по 5 мл спиртового антисептика до высыхания. На высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки.

Основные показания для мытья рук

Обычное мытье рук с мылом обязательно требуется:

- перед и после физического контакта с пациентом;
- перед приготовлением и раздачей пищи, перед едой;
- после выполнения определенных функций собственного организма;
- во всех случаях, когда руки явно загрязнены.

Гигиеническая антисептика рук обязательно требуется:

- перед выполнением инвазивных процедур;
- перед работой с особо восприимчивыми пациентами и новорожденными;
- перед и после манипуляций с ранами, катетерами;
- перед и после надевания перчаток;
- после контакта с выделениями и предметами, содержащими кровь или имеющими

вероятность микробной контаминации.

Хирургическая антисептика рук обязательно требуется:

- перед любыми хирургическими операциями.

Рекомендуемые активные компоненты антисептических препаратов:

- спирты;
- препараты йода;
- хлоргексидин;
- триклозан;
- хлорксилен (хлорксиленол, РСМХ).

Интakтная кожа является лучшим защитным барьером, перчатки создают дополнительную защиту, а именно, снижают риск:

- профессионального заражения при контакте с пациентами или их выделениями;
- контаминации рук персонала транзитными возбудителями и последующей их передачи пациентам;
- заражения пациентов микробами, являющимися частью резидентной флоры рук медицинских работников.

Обязательно использовать стерильные перчатки:

- при больших и малых хирургических операциях;
- при выполнении малых хирургических операций на коже;
- при других манипуляциях, связанных с проникновением в ткани под кожу, в слизистые оболочки;
- при введении стерильной трубки или устройства в нормально стерильные ткани или жидкости организма (кровь, ликвор);
- при введении стерильной иглой в глубокие ткани или жидкости организма лекарственных средств;
- при постановке центрального катетера или проводника через кожу;
- при манипуляциях, связанных с контактом инструментария с интактными слизистыми оболочками (цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача, профилактические осмотры. **Оснащение:** часы или секундомер, температурный лист, ручка.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|--|--|
| 1. Собрать информацию о пациенте.
Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить пациенту цель и последовательность процедуры | Психологическая подготовка пациента |
| 3. Получить согласие пациента на процедуру | Соблюдение прав пациента |
| 4. Подготовить необходимое оснащение | Проведение процедуры и документирование ее результатов |
| 5. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|--|---|
| 1. Предложить пациенту сесть или лечь. При этом руки должны быть расслаблены, кисть и предплечье не должны быть «на весу» | Обеспечение достоверности результата |
| 2. Прижать II, III, IV пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента у основания большого пальца (I палец должен находиться на тыльной стороне кисти), почувствовать пульсацию и слегка сдавить артерии | Определение синхронности пульса.
Если пульс синхронный, то в дальнейшем исследование проводят на одной руке |
| 3. Определить <i>ритм</i> пульса. Если пульсовая волна следует одна за другой через равные промежутки времени, то пульс ритмичный, если нет - аритмичный. При выраженной аритмии проводят дополнительное исследование на предмет выявления дефицита пульса | Ритм периферического пульса должен совпадать с ритмом сердечных сокращений. Разница между числом сердечных сокращений в минуту и частотой периферического пульса в ту же минуту называется <i>дефицитом</i> пульса |
| 4. Определить <i>частоту</i> пульса в минуту: взять часы или секундомер и подсчитать число пульсовых ударов в течение 30 с. Умножить результат на два (если пульс ритмичный) и получить частоту пульса. Если пульс аритмичный, то следует подсчитывать количество пульсовых ударов в течение 60 с. Частота пульса зависит от возраста, пола, физической активности | Обеспечение точности определения частоты пульса. Нормальная частота пульса:

от 2 до 5 лет - около 100 уд/мин; от 5 до 10 лет - около 90 уд/мин; взрослые мужчины - 65-80 уд/мин; взрослые женщины - 75-85 уд/мин; пульс чаще 80 уд/мин - <i>тахикардия</i> ; пульс реже 60 уд/мин - <i>брадикардия</i> |
| 5. Определить <i>наполнение</i> пульса: если пульсовая волна четкая, то пульс <i>полный</i> , если слабая - <i>пустой</i> , если пульсовая волна очень слабо прощупывается, то пульс <i>нитевидный</i> | Наполнение пульса зависит от объема циркулирующей крови и величины сердечного выброса |
| 6. Определить <i>напряжение</i> пульса. Для этого нужно прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости. Если пульсация полностью | Обеспечение точности определения напряжения пульса. Оно зависит от тонуса артериальных сосудов. Чем |

прекращается, напряжение слабое, пульс мягкий; если ослабевает - напряжение умеренное; если пульсация не ослабевает - пульс напряженный, твердый

выше показатели АД, тем напряженнее пульс

7. Сообщить пациенту результат исследования

Право пациента на информацию

III. Окончание процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

1. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись, отразив в ней полученные результаты и реакцию пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. Для определения пульса можно использовать височную, сонную, подключичную, бедренную артерии, тыльную артерию стопы.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

(В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА)

Цель: диагностическая.

Показания: плановое измерение температуры утром и вечером, у больных с лихорадкой - по назначению врача.

Оснащение: часы, медицинский максимальный термометр, ручка, температурный лист, полотенце или салфетка, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться, уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

Установление контакта с пациентом

2. При незнании пациентом цели и последовательности процедуры объяснить их ему

Психологическая подготовка пациента к процедуре

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента

4. Вымыть и осушить руки

Профилактика внутрибольничной инфекции

5. Подготовить необходимое оснащение. Убедиться в целостности термометра и в том, что показания на шкале не превышают 35 °С. В противном случае встряхнуть термометр так, чтобы столбик ртути опустился ниже 35 °С

Обеспечение безопасности пациента и достоверности результата измерения температуры

II. Выполнение процедуры

1. Осмотреть подмышечную область, при необходимости протереть ее насухо салфеткой или попросить пациента сделать это.

Обеспечение достоверности результата

Внимание! При наличии гиперемии, местных воспалительных процессов измерение температуры проводить нельзя

2. Поместить резервуар термометра в подмышечную

Обеспечение условий для

- | | |
|--|--|
| область так, чтобы он со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке) | получения достоверного результата |
| 3. Оставить термометр не менее чем на 10 мин. Пациент должен лежать в постели или сидеть | Обеспечение достоверности результатов |
| 4. Извлечь термометр. Оценить показатели, держа термометр горизонтально на уровне глаз | Оценка результатов измерения |
| 5. Сообщить пациенту результаты термометрии | Обеспечение права пациента на информацию |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар | Подготовка термометра к последующему измерению температуры тела |
| 2. Погрузить термометр в дезинфицирующий раствор | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 4. Сделать отметку показателей температуры в температурном листе. О пациентах с лихорадкой сообщить дежурному врачу | Обеспечение преемственности наблюдения за пациентом |

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача, профилактические осмотры.

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, спирт, тампон (салфетка), ручка, температурный лист.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|---|---|
| 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры | Психологическая подготовка к манипуляции |
| 3. Получить согласие на процедуру | Соблюдение прав пациента |
| 4. Предупредить пациента о процедуре за 15 мин до ее начала, если исследование проводится в плановом порядке | Обеспечение достоверности результата |
| 5. Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение эффективного проведения процедуры |
| 6. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 7. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы | Проверка исправности и готовности аппарата к работе |
| 8. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом | Обеспечение инфекционной безопасности |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Усадить или уложить пациента, обеспечив положение руки, при котором середина | Исключение возможной недостоверности результатов (каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или |
|---|---|

манжеты находится на уровне сердца. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы между ней и плечом помещались 2 пальца (или 1 палец у детей и взрослых с малым объемом руки).

Внимание! Не следует измерять АД на руке со стороны произведенной мастэктомии, на слабой руке пациента после инсульта, на парализованной руке

2. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки)

3. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой впадины и слегка прижать к коже в этом месте (не прилагая усилий) мембрану фонендоскопа

4. Закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, и нагнетать в манжету воздух под контролем фонендоскопа до тех пор, пока давление в манжете (по показаниям манометра) не превысит на 30 мм рт.ст. тот уровень, при котором исчезла пульсация

5. Повернуть вентиль влево и начать выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с, сохраняя положение фонендоскопа. Одновременно выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра

6. При появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале манометра числа и запомнить их - они соответствуют показателям систолического давления

7. Продолжая выпускать воздух, отметить показатели диастолического давления, соответствующие ослаблению или полному исчезновению громких тонов Короткова. Продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона

8. Округлить данные измерения до 0 или 5, зафиксировать результат в виде дроби (в числителе - систолическое давление; в знаменателе - диастолическое), например 120/75 мм рт.ст. Выпустить воздух из манжеты полностью. Повторить процедуру

занижению показателей АД на 4 мм рт.ст.).
Исключение лимфостаза, возникающего при нагнетании воздуха в манжету и пережатии сосудов. Обеспечение достоверности результата

Обеспечение максимального разгибания конечности

Обеспечение достоверности результата

Исключение дискомфорта, связанного с чрезмерным пережатием артерии.
Обеспечение достоверности результата

Обеспечение достоверности результата

Обеспечение достоверности результата.
Значения систолического давления должны совпадать с показателями манометра, при которых исчезла пульсация в процессе нагнетания воздуха в манжету

Обеспечение достоверности результата

Обеспечение достоверного результата измерения АД

измерения артериального давления два-три раза с интервалом 2-3 мин. Зафиксировать средние показатели
9. Сообщить пациенту результат измерения.

Внимание! В интересах пациента не всегда сообщают достоверные данные, полученные при исследовании

Обеспечение права пациента на информацию

III. Окончание процедуры

1. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Сделать запись, отразив в ней полученные результаты и реакцию пациента

Обеспечение преемственности наблюдения

Примечание. При первом визите пациента следует измерить ему давление на обеих руках, в дальнейшем - только на одной, отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии все последующие измерения проводить на руке с более высокими показателями. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей руке».

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА ПАЦИЕНТА

Цель: оценка физического развития.

Показания: поступление в стационар, профилактические осмотры. **Оснащение:** ростомер, ручка, история болезни. **Проблема:** пациент не может стоять.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту предстоящую процедуру, получить согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

2. Подготовить ростомер: постелить клеенку или одноразовую салфетку под ноги. Предложить пациенту разуться, расслабиться, женщинам необходимо распустить волосы

Обеспечение профилактики внутри-больничной инфекции. Обеспечение достоверных показателей

II. Выполнение процедуры

1. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой так, чтобы он касался ее тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством)

Обеспечение достоверных показателей

2. Встать справа либо слева от пациента

Обеспечение безопасной больничной среды

3. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались на одной линии, параллельно полу

Обеспечение достоверных показателей

4. Опустить на голову пациента планшетку, зафиксировать ее, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. Определить показатели, соответствующие числам, расположенным на уровне нижнего края планшетки
5. Сообщить полученные данные пациенту

Обеспечение условий для получения результата.
Обеспечение охранительного режима

III. Окончание процедуры

Обеспечение прав пациента

1. Записать полученные данные в историю болезни

Обеспечение преимущества сестринского ухода

Примечание. Если пациент не может стоять, измерение проводится в положении сидя. Следует предложить пациенту стул. Точками фиксации будут крестец и межлопаточное пространство. Измерьте рост в положении сидя. Зафиксируйте результаты.

ВЗВЕШИВАНИЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Цель: оценка физического развития, эффективности лечения и ухода.

Показания: профилактические осмотры, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной систем. **Оснащение:** медицинские весы, ручка, история болезни. **Проблемы:** тяжелое состояние пациента.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Вежливо представиться ему. Спросить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить процесс проведения процедуры и правила (натошак; в одной и той же одежде, без обуви; после опорожнения мочевого пузыря и по возможности кишечника). Получить согласие пациента на процедуру. Оценить возможность его участия в ней

Установление контакта с пациентом.
Соблюдение прав пациента

2. Подготовить весы: выверить, отрегулировать, закрыть затвор. Постелить клеенку или бумагу на площадку весов

Обеспечение достоверных результатов.
Обеспечение инфекционной безопасности

II. Выполнение процедуры

1. Попросить пациента снять верхнюю одежду, разуться и осторожно встать на центр площадки весов. Открыть затвор. Продвигать гири на весах влево до тех пор, пока уровень коромысла не совпадет с контрольным
2. Закрыть затвор
3. Помочь пациенту сойти с весовой площадки
4. Посмотреть данные. Помните, что

Обеспечение достоверных показателей

Обеспечение сохранности весов

Обеспечение охранительного режима

С помощью индекса массы тела - индекса

большая гиря фиксирует десятки килограммов, а маленькая - граммы в пределах килограмма

Кетеле - можно определить соответствие роста массе тела. Для этого вес нужно разделить на возведенный в квадрат рост и сравнить с приведенными ниже индексами: 18-19,9 - меньше нормы; 20-24,9 - идеальная масса тела; 25-29,9 - предожирение; более 30 - ожирение

5. Сообщить данные пациенту

Обеспечение прав пациента

III. Окончание процедуры

1. Убрать с площадки салфетку и выбросить ее в контейнер для мусора.

Профилактика внутрибольничной инфекции

Вымыть и осушить руки

2. Занести полученные показатели в историю болезни

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. При отсутствии возможности в текущий момент взвесить пациента, можно манипуляцию отложить, так как она не является жизненно необходимой. В отделениях реанимации, гемодиализа пациентов взвешивают в кровати с помощью специальных весов.

ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ И ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ОДИН ЭТАП РУЧНЫМ СПОСОБОМ

Цель: эффективное обеззараживание и удаление белковых, жировых, механических загрязнений, остатков лекарственных средств для обеспечения действенности последующей стерилизации.

Показания: контакт инструментов и изделий медицинского назначения с биологическими жидкостями, раневой поверхностью и лекарственными препаратами.

Оснащение: контейнеры с плотно закрывающимися крышками, мерные емкости или дозаторы, шприцы и иглы, толстые или «кольчужные» перчатки, медицинский инструментарий, лотки, одно из химических соединений, разрешенных к использованию в качестве моюще-дезинфицирующего средства, ватно-марлевые тампоны, ерши, щетки, салфетки.

Условия проведения: наличие вентилируемого помещения, строгое следование методическим указаниям в отношении сроков использования препаратов и правилам работы с каждым из них.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

Сохранение здоровья персонала

1. Надеть защитную одежду

Эффективность проведения процедуры

2. Подготовить оснащение

3. Приготовить моюще-дезинфицирующий комплекс, например, на основе амиксана: добавить в контейнер с питьевой водой с помощью мерной емкости амик-сан из расчета 30 мл на 1 л воды. Перемешать

Обеспечение режима дезинфекции и очистки

II. Выполнение процедуры

Обеспечение эффективности обеззараживания и очистки.
Охрана окружающей среды.
Обеспечение безопасности

1. Погрузить в полученный 3 % рабочий раствор использованный инструментарий: сложный - в

разобранном виде; имеющий замковую часть - с раскрытыми замками. Заполнить внутренние каналы игл, трубчатых изделий полученным раствором с помощью шприца. Проследить, чтобы граница уровня жидкости возвышалась над инструментарием более чем на 1 см. Закрывать крышкой.

персонала

Внимание! Колющие и режущие инструменты необходимо замачивать в отдельных емкостях

2. Выдержать экспозицию изделий в течение 15 мин

Обеспечение обеззараживающего эффекта

3. Снять крышку с контейнера и промыть каждое изделие в растворе с помощью губки, ершей, салфетки или ватно-марлевого тампона, каналы - с помощью шприца

Удаление загрязнений из мест соединения на инструментах, из просветов, полостей, зазоров

4. Поднять перфорированный поддон с инструментарием над контейнером, дать раствору стечь. Поместить поддон с инструментами в раковину под проточную воду и промыть каждое изделие в течение 5 мин

Удаление остатков моющих средств с обработанных изделий

5. Ополоснуть дистиллированной водой (каналы - с помощью шприца или электроотсоса) каждое изделие в течение 0,5 мин

Обессоливание поверхности изделий и профилактика пирогенных реакций

6. Высушить инструменты горячим воздухом в воздушном стерилизаторе при температуре 85 °С до полного исчезновения влаги

Снижение риска контаминации изделий

III. Окончание процедуры

Обеспечение инфекционной

1. Снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной безопасной водой

Примечание. Для проведения дезинфекции и предстерилизационной очистки в один этап можно использовать: аламинол, лизетол АФ, велтолен, дезефект, деконекс денталь, дюльбак, септабик, септодор, септодор форте, виркон, пероксимед, бланизол, анолиты с ЭХО-установки, векс-сайд, ника-экста М, лизофин и другие разрешенные к применению средства.

ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА С ПЕДИКУЛЕЗОМ

Цель: лечебная и профилактическая. **Показания:** наличие педикулеза.

Оснащение: дополнительный халат, косынка, 2 непромокаемых фартука, перчатки, клеенка, кувшин с теплой водой, противопедикулезное средство, шампунь, 2 полотенца, расческа (гребешок), таз, целлофановая пелерина, шапочка для душа.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как ее перенес
2. При незнании пациентом цели и последовательности предстоящей процедуры объяснить их ему
3. Получить его согласие
4. Подготовить необходимое оснащение
5. Вымыть и осушить руки, надеть дополнительный халат, фартук, перчатки. Постелить на пол клеенку и поставить на нее стул
6. Помочь пациенту надеть фартук и сесть (если позволяет состояние) на стул, накрыть плечи пациента целлофановой пелериной
7. Дать в руки пациенту (если это возможно) полотенце и попросить закрыть им глаза. Если пациент не в состоянии держать полотенце, это делает за него помощник, у которого также должны быть дополнительный халат, косынка и перчатки. Развести педикулоцид в соответствии с инструкцией по применению

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента
Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности пациента

Исключение попадания педикулоцида в глаза пациенту. Обеспечение качества проведения процедуры и безопасности сестры и пациента

II. Выполнение процедуры

Обеспечение условий для нанесения педикулоцидного средства

1. Смочить волосы пациента небольшим количеством воды из кувшина (температура воды - 36-37 °С)
2. Обработать равномерно волосы пациента приготовленным противопедикулоцидным средством (t 27 °С). Покрыть голову пациента шапочкой на 20-60 мин (экспозиция зависит от используемого средства)
3. Промыть волосы пациента теплой водой, ополоснуть их 6 % раствором столового уксуса (t 27 °С). Разделить волосы на пряди и вычесать частым гребнем каждую прядь. Убрать полотенце, прикрывающее глаза. Высушить и осмотреть волосы пациента. **Внимание!** При наличии *площадки* волосы в подмышечных впадинах и на лобке *сбривают или обрабатывают тем же педикулоцидным средством*
4. Спросить пациента о самочувствии

Обеспечение качества противопедику-лезной обработки

Контроль качества обработки.
Обеспечение качественной обработки

Определение реакции пациента

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Сложить белье и одежду пациента в мешок и отправить в дезкамеру. Снять фартук, халат, перчатки, поместить в мешок для дезинсекции. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать отметку о педикулезе: на титульном листе в правом верхнем углу «Медицинской карты стационарного больного» поставить красным карандашом букву «Р» | Обеспечение преемственности дальнейшего контроля и наблюдения за пациентом |
| 3. Заполнить экстренное извещение о выявлении инфекционного заболевания и сообщить в филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (Ф.№ 058/У), зарегистрировать данные о пациенте в «Журнале учета инфекционных заболеваний»(Ф. № 060/У) | Соблюдение требований контроля внутрибольничной инфекции |

Примечание. Если волосы обрабатывать не фосфорорганическими препаратами, а мыльнопорошковой эмульсией, гниды остаются невредимыми, поэтому требуется дополнительная обработка 30 % раствором столового уксуса, подогретого до t 27 °С (20 мин). При выявлении педикулеза у мужчин волосы можно коротко остричь (при согласии пациента). Остриженные волосы собирают в мешок и сжигают. Использованные инструменты и предметы ухода, помещение, где проводилась обработка пациента, дезинсецируют теми же средствами.

ПОВОРАЧИВАНИЕ ПАЦИЕНТА И РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО В ПОЛОЖЕНИИ НА ПРАВОМ БОКУ

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной медсестрой, пациент может помочь).

Показания: смена белья, предварительный этап для другого перемещения, риск развития пролежней.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

Установление контакта с пациентом

2. При незнании пациентом цели и последовательности предстоящей процедуры объяснить их ему

Обеспечение психологической подготовки к предстоящей процедуре

3. Получить его согласие

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

II. Выполнение процедуры

1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры

2. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны от пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента

3. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати

Обеспечение достаточного места для поворачивания пациента на бок

4. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре следующим образом: скрестить руки на груди и положить левую ногу, согнутую в колене, под правую. Если больной сам не способен на такие действия, медсестре нужно обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя ею по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, медсестра приподнимает ногу больного вверх

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на персонал

5. Поднять боковые поручни. Встать справа от

Обеспечение безопасности пациента

кровати и опустить поручни

6. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор (вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется)

7. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую - на его левое бедро и повернуть пациента на бок, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу

8. Подложить подушку под голову и шею пациента

9. Выдвинуть вперед правое плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке

10. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить в длину и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента)

11. Поместить подушку под полусогнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди «нижней» (от паховой области до стопы включительно)

12. Поместить мешок с песком (упор) у подошвы «нижней» ноги

13. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре

Обеспечение выпрямленного положения тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи. Снижение напряжения грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Обеспечение нормального кровоснабжения головного мозга

Предотвращение непосредственного воздействия массы тела на плечевой сустав

Обеспечение поддержки пациента в положении лежа на боку

Предотвращение переразгибания ноги в тазобедренном суставе. Обеспечение надлежащей выпрямленности ноги. Устранение давления на костные выступы

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Профилактика отвислости стопы

Обеспечение безопасности пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПЕРЕВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной или двумя медсестрами; пациент может помочь лишь частично или не может помочь вообще).

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться ему.

Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

4. Подготовить оснащение

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

Установление контакта с пациентом

Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре

Соблюдение прав пациента

Обеспечение эффективности процедуры

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту

2. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны от пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)

3. Попросить пациента скрестить руки на груди, передвинуть его ближе к левому краю кровати

4. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре следующим образом: положить левую ногу под правую. Если больной сам не способен на такие действия, медсестре нужно обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя ею по кровати.

Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, медсестра приподнимает ногу больного вверх

5. Поднять боковые поручни. Встать справа от кровати и опустить поручни

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента

Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на бок

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру

Обеспечение безопасности пациента

- | | |
|--|---|
| 6. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется | Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.
Обеспечение безопасности медсестры и пациента |
| 7. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку - на его левое бедро и переместить пациента в положении лежа на боку и частично на животе (на матрасе - лишь часть живота пациента) | Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.
Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре |
| 8. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента | Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи |
| 9. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика | Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой выпрямленности тела |
| 10. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра | Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения «верхней» ноги на «нижней».
Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраса на колено и лодыжку |
| 11. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90° | Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвислости стопы. Обеспечение профилактики пролежней |
| 12. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту | Обеспечение безопасности пациента |
| III. Окончание процедуры | |
| 1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИЕ НА ЖИВОТЕ

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной или двумя медсестрами по назначению врача, пациент не может помочь).

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, упор для стоп, половинка резинового мячика, салфетка.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые
2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры
4. Подготовить оснащение
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

- Установление контакта с пациентом
- Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре
- Соблюдение прав пациента
- Обеспечение эффективности процедуры
- Обеспечение инфекционной безопасности

II. Выполнение процедуры

1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту
2. Опустить боковые поручни кровати (если они есть) с той стороны, к которой обращена парализованная часть тела пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)
3. Скрестить руки пациента на его груди. Передвинуть больного в направлении парализованной стороны тела
4. Поместить парализованную ногу пациента на здоровую
5. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опустить поручни
6. Положить тонкую подушку на место, где будет располагаться живот пациента

- Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры
- Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента
- Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на живот. Профилактика травматизма парализованной стороны
- Снижение физической нагрузки на медсестру
- Обеспечение безопасности пациента
- Профилактика провисания живота. Снижение переразгибания поясничных позвонков и напряжения мышц поясницы

- | | |
|--|---|
| <p>7. Выпрямить локоть парализованной руки. Прижать ее по всей длине к туловищу. Подсунуть кисть здоровой руки под бедро</p> | <p>Исключение опасности придавливания руки при перемещении пациента на живот</p> |
| <p>8. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется</p> | <p>Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.
Обеспечение безопасности медсестры и пациента</p> |
| <p>9. Положить левую руку на «дальнее» плечо пациента, а правую руку - на его «дальнее» бедро. Повернуть пациента на живот в сторону медсестры</p> | <p>Обеспечение правильной биомеханики тела сестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре</p> |
| <p>10. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной стороны тела). Подложить тонкую подушку под голову и шею пациента</p> | <p>Снижение сгибания и переразгибания шейных позвонков мышц шеи</p> |
| <p>11. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе на 90°. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика, накрытого салфеткой. Другую руку вытянуть вдоль туловища</p> | <p>Предупреждение риска ограничения способности руки совершать наружные вращения вокруг плечевого сустава</p> |
| <p>12. Согнуть оба колена пациента и подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели</p> | <p>Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов.
Профилактика развития пролежней на пальцах ног</p> |
| <p>13. Обеспечить упор для стоп под углом 90°</p> | <p>Обеспечение тыльного сгибания стопы</p> |
| <p>14. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту</p> | <p>Обеспечение безопасности пациента</p> |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|---|
| <p>1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки</p> | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p> |
| <p>2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента</p> | <p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p> |

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИИ ФАУЛЕРА

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной медсестрой).

Показания: кормление (прием пищи самостоятельно), выполнение процедур, требующих данного положения; риск развития пролежней и контрактур.

Оснащение: набор подушек, валики, упор для стоп, половинки резинового мяча (2 штуки), 2 салфетки.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить оснащение

Обеспечение эффективности процедуры

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры

2. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности

3. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки

Расположение пациента в позиции, удобной для перемещения

4. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки)

Обеспечение комфортного состояния пациента. Улучшение вентиляции легких.

Обеспечение расслабления пациента
Снижение вероятности «заваливания» пациента на парализованную сторону тела.

5. Усадить пациента как можно выше.

Улучшение вентиляции легких, работы сердца, снижение внутричерепного давления.

Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье)

Обеспечение комфортного приема пищи и жидкости. Профилактика аспирации пищи и жидкости, рвотных масс. Профилактика напряжения мышц шеи

6. Слегка приподнять вверх подбородок

Снижение нагрузки на шейный отдел позвоночника. Предупреждение сги-батальной

пациента.

контрактуры мышц верхней конечности и перерастяжения капсулы плечевого сустава

Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки

7. Положить кисти на половинки резиновых мячей, покрытых салфетками.

Сохранение функционального положения кистей. Предупреждение контрактуры суставов кистей. Снижение нагрузки на поясничный отдел позвоночника.

Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу. Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло

Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов и сдавливания подколенной артерии

8. Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраса

Профилактика пролежней в области пяток

9. Обеспечить для стоп упор под углом 90°

Обеспечение тыльного сгибания стопы.

Предупреждение отвислости стопы.

Сохранение тонуса мышц

10. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту

Обеспечение безопасности пациента

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки

Профилактика внутрибольничной инфекции

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной медсестрой).

Показания: вынужденное или пассивное положение; риск развития пролежней; гигиенические процедуры в постели.

Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для стоп, две простыни, скатанные в рулон, полотенце.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

4. Подготовить оснащение

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту

2. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра

3. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав кровати горизонтальное положение. Снять одеяло. Убедиться, что пациент лежит посередине положения кровати

4. Придать пациенту правильное положение: а) положить подушку под голову (или поправить оставшуюся); б) расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; в) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами

5. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею

6. Подложить под предплечья небольшие подушки

7. Подложить под поясницу небольшое полотенце, свернутое валиком, без складок

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре

Соблюдение прав пациента

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности

Обеспечение правильного положения пациента

Обеспечение комфортного положения пациента

Обеспечение правильного распределения нагрузки на верхнюю часть тела.

Предупреждение напряжения мышц шеи

Облегчение оттока крови.

Предупреждение отека кисти

Предупреждение переразгибания поясничного отдела позвоночника

- | | |
|---|--|
| 8. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер - от области большого вертела бедренной кости и далее | Предотвращение поворота бедра наружу |
| 9. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети | Предотвращение длительного давления матраца на пятки и образования пролежней |
| 10. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90° | Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы |
| 11. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню, накрыть больного одеялом. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту | Обеспечение безопасности пациента |
| III. Окончание процедуры | |
| 1. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПОПЕРЕЧНЫМ СПОСОБОМ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели). **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту последовательность процедуры, получить его согласие.

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого

2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать чистую простыню как бинт (в поперечном направлении)

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

3. Вымыть руки, при возможном контакте с биологическими жидкостями надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

II. Выполнение процедуры

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела

1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье

2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента, слегка приподнять его; помощнику - извлечь из-под головы подушку

Обеспечение эффективности процедуры

3. Опустить пациента на кровать. Сменить наволочку

Обеспечение безопасной больничной среды

4. Снять с пациента одеяло, прикрыть его небольшой простыней

Снижение дискомфорта у пациента, находящегося без нательного белья

5. Медсестре приподнять голову и плечи пациента, помощнику скатать грязную простыню со стороны изголовья до середины кровати. На освободившейся части постелить и расправить приготовленную и свернутую валиком чистую простыню

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

6. Положить в изголовье подушку и опустить на нее голову и плечи пациента

Обеспечение физического комфорта

7. Поднять таз пациента (активного больного попросить опереться на ноги и приподняться над кроватью), сдвинуть грязную простыню в направлении стоп, следом расправить чистую, опустить на нее пациента

Обеспечение комфорта и инфекционной безопасности пациента (активное участие пациента в уходе способствует повышению самооценки)

8. Поместить грязную простыню в мешок для белья

Обеспечение инфекционной безопасности

9. Заправить под матрац со всех сторон края чистой простыни

Обеспечение комфорта

10. Снять пододеяльник с одеяла, надеть чистый. Грязный пододеяльник положить в мешок. Укрыть пациента. Заправить одеяло

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

11. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно

Обеспечение психологического комфорта

12. Вынести грязное белье из палаты

Обеспечение инфекционной безопасности

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать отметку о смене белья в документах

Обеспечение преемственности ухода за пациентом

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПРОДОЛЬНЫМ СПОСОБОМ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели). **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре.

Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента. Обеспечение бережного проведения процедуры

***Внимание!** Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого*

2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать половину простыни в виде валика по всей длине

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

3. Вымыть и осушить руки, при риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела

1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье

2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента и слегка приподнять его, помощнику - извлечь из-под головы подушку. Опустить пациента на кровать (без подушки).

Обеспечение эффективности проведения процедуры

Снять наволочку с подушки и положить ее в мешок для грязного белья. Надеть чистую наволочку

3. Медсестре снять с пациента одеяло и прикрыть его небольшой простыней

Снижение психологического дискомфорта

4. Медсестре повернуть пациента на бок, лицом к краю кровати, и придерживать его в этом положении.

Обеспечение возможности смены белья. Профилактика падения пациента

Одновременно проводить наблюдение за его состоянием

5. Помощнику скатать грязную простыню валиком к спине пациента и расстелить заранее приготовленную и наполовину скатанную чистую простыню, накрывая освободившуюся часть постели

Обеспечение возможности смены белья

6. Помощнику повернуть пациента на спину, затем осторожно - на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне. Придерживать пациента в положении на боку

Обеспечение гигиенического комфорта. Профилактика падения пациента

7. Медсестре скатать грязную простыню и убрать ее в мешок для грязного белья. Раскатать чистую простыню и заправить ее края под матрац

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

8. Повернуть пациента и уложить на спину. Под голову и плечи подложить подушку

Обеспечение комфорта в постели

9. Помощнику снять грязный пододеяльник, положить его в мешок для грязного белья. Надеть чистый. Накрыть пациента. Заправить одеяло

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

10. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно

Обеспечение психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Удалить из палаты мешок с грязным бельем. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать отметку о смене белья

Обеспечение преемственности ухода за пациентом

СМЕНА РУБАШКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: чистая рубашка, мешок для грязного белья.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие

Установление контакта с пациентом. Подготовка пациента к процедуре. Соблюдение прав пациента

2. Оценить физические возможности пациента

Обеспечение возможности сотрудничества
Обеспечение инфекционной безопасности
Обеспечение инфекционной безопасности

3. Подготовить чистую рубашку

4. Вымыть руки. При необходимости надеть перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Поднять голову и плечи пациента, помочь ему сесть. Собрать рубашку со спины до затылка, переместить ее через голову на грудь, затем полностью снять с рук.

Обеспечение безопасности пациента

Примечание: пациенту, испытывающему трудности при сидении, смену осуществлять с помощником, который придерживает пациента за плечи; пациенту, прикованному к постели, выполнять процедуру в той же последовательности, только в положении лежа

2. Положить рубашку в мешок для грязного белья

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Надеть чистую рубашку в обратном порядке: сначала на руки, затем переместить за голову, потом расправить рубашку на спине и груди

Обеспечение физического и гигиенического комфорта

4. Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Удалить мешок с грязным бельем из палаты. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать отметку о смене белья

Обеспечение преемственности ухода за пациентом

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУДНА ИЛИ МОЧЕПРИЕМНИКА

Цель: поддержание личной гигиены пациента (процедура выполняется медсестрой и помощником).

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: 2 пары чистых перчаток, судно, мочеприемник, клеенка, туалетная бумага, ширма, лоток, салфетки, вода, корнцанг.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. При незнании пациентом последовательности проведения предстоящей процедуры объяснить его ему

Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка

2. Получить согласие на проведение процедуры

Соблюдения прав пациента

3. Оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении

Обеспечение психологического комфорта больного (активное участие пациента в процедуре способствует сохранению его чувства собственного достоинства)

4. Вымыть руки. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

5. Подготовить необходимое оснащение.

Обеспечение физического комфорта

Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного воды. Убедиться, что поверхность судна сухая. *Примечание: если у пациента не нарушена целостность кожных покровов и отсутствуют пролежни в области крестца, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей*

Обеспечение физического комфорта больного (согревание судна водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта; вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна; судно, посыпанное тальком, легче извлекается после использования)

II. Выполнение процедуры

1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)

Обеспечение психологического комфорта

2. Опустить изголовье. Встать по обе стороны кровати. Медсестре помочь пациенту слегка повернуться на бок. Придерживать его в этом положении, фиксируя за плечи и таз.

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Помощнику подложить и расправить клеенку под ягодицами пациента

3. Поставить судно на клеенку в непосредственной близости от ягодиц больного, помочь пациенту повернуться на спину (при этом его промежность должна оказаться на судне).

Снижение физической нагрузки на медсестру и пациента, связанной с подведением судна под ягодицы

Примечание: мужчине при отсутствии самостоятельных действий можно поставить между ногами мочеприемник и бережно опустить в него половой член (при необходимости одновременной подачи судна и мочеприемника или независимо от подачи судна)

4. Снять перчатки, положить их в лоток для

Обеспечение инфекционной безопасности

использованного материала

- | | |
|---|---|
| 5. Поправить подушки, приподнять изголовье кровати, укрыть пациента одеялом | Обеспечение комфортного состояния пациента
Обеспечение своевременной реакции медсестры на завершение физиологических отпавлений |
| 6. Периодически подходить к пациенту | |
| 7. После получения сигнала от пациента о завершении опорожнения медсестре опустить изголовье кровати. Повернуть пациента на бок, придерживать его за плечи и таз; помощнику надеть перчатки, убрать судно и накрыть его (судно можно убрать в целлофановый пакет) | Обеспечение правильной биомеханики тела пациента при перемещении на бок.
Обеспечение психологической и инфекционной безопасности |
| 8. Медсестре придерживать некоторое время пациента в положении на боку; помощнику вытереть область анального отверстия пациента туалетной бумагой, если больной не может сделать это самостоятельно | Обеспечение безопасности пациента.
Снижение чувства зависимости |
| 9. Переместить пациента на спину, подмыть, при необходимости - обеспечить возможность вымыть руки | Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта |
| 10. Убрать клеенку из-под пациента. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполнялась в палате). Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно | Обеспечение физического и психологического комфорта |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись об опорожнении кишечника или мочевого пузыря в листе наблюдения и о реакции пациента - в документах | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ МУЖЧИН

Цель: поддержание личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: кувшин с теплой (35-37 °С) водой, тазик, махровая рукавичка - 2 штуки, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|--|--|
| 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие | Обоснование
Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента |
| 2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в емкость (тазик) теплую воду | Обеспечение качественного выполнения процедуры |
| 3. Отгородить пациента ширмой (при необходимости) | Обеспечение психологического комфорта |
| 4. Вымыть руки. Надеть перчатки | Обеспечение инфекционной безопасности |

II. Выполнение процедуры

1. Опустить изголовье кровати, повернуть пациента на бок, подстелить под больного клеенку
2. Повернуть пациента на спину. Поднять изголовье кровати. Помочь больному занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)
3. Надеть махровую рукавичку на перчатку правой руки
4. Смочить рукавичку в емкости (тазике) с теплой водой, слегка отжать ее.левой рукой оттянуть крайнюю плоть, обнажить головку полового члена и протереть ее влажной рукавичкой
5. Смочить рукавичку, слегка отжать ее и протереть мошонку
6. Выполнить очередное ополаскивание рукавички. Протереть паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку. По окончании процедуры снять рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов
7. Сменить рукавичку на сухую. Осушить половой член, мошонку, паховую область и далее в той же последовательности. Снять использованную рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов.
Примечание: в стационарах уход за наружными половыми органами чаще осуществляется на судне с помощью корнцанга, стерильных тампонов и кувшина с водой
8. Опустить изголовье кровати, переместить пациента на бок. Убрать клеенку и пеленку в непромокаемый мешок для грязного белья
9. Переместить пациента на спину, поднять изголовье. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно. Убрать ширму. Вынести из палаты мешок с бельем, лоток с рукавичками

III. Окончание процедуры

1. Погрузить использованные рукавички в раствор дезинфектанта. Вылить воду из тазика и продезинфицировать его. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.
Предупреждение попадания воды на постельное белье

Обеспечение физического комфорта

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение гигиенического комфорта, предупреждение инфекции мочевыводящих путей

Предупреждение инфекции мочевыводящих путей.
Обеспечение гигиенического комфорта

Обеспечение гигиенического комфорта

Обеспечение гигиенического комфорта. Предупреждение инфекции мочевыводящих путей

Обеспечение правильной биомеханики тела, инфекционной безопасности и психологического комфорта

Обеспечение гигиенического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ

И ПРОМЕЖНОСТЬЮ ЖЕНЩИН

Цель: поддержание личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода; профилактика пролежней.

Оснащение: емкость с теплой (35-37 °С) водой, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно, ватные тампоны и марлевые салфетки, корнцанг, кувшин, мешок для грязного белья.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться ей. Уточнить, как к ней обращаться, если медсестра видит пациентку впервые. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие
2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в кувшин теплой воды. Положить в лоток ватные тампоны (салфетки), корнцанг
3. Отгородить пациентку ширмой (при необходимости)
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Опустить изголовье кровати. Повернуть пациентку на бок. Постелить клеенку и пеленку под пациентку
2. Поставить судно в непосредственной близости от ягодиц пациентки. Повернуть ее на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна
3. Помочь занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)
4. Встать справа от пациентки (если медсестра правша). Поместить в непосредственной близости от себя лоток с тампонами или салфетками. Закрепить тампон (салфетку) корнцангом
5. Держать кувшин в левой руке, а корнцанг в правой. Лить воду на гениталии женщины, тампонами (меняя их) осуществлять движения сверху вниз, от паховых складок к гениталиям, затем к анусу, обмывая: а) одним тампоном - лобок; б) вторым - паховую область справа и слева; в) далее - правую и левую половые (большие) губы, область анального отверстия, межъягодичную складку. И использованные тампоны сбрасывать в судно
6. Осушить промокательными движениями с помощью сухих салфеток лобок, паховые складки, гениталии и область анального отверстия пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании, меняя салфетки после каждого этапа
7. Повернуть пациентку на бок. Убрать судно, клеенку и пеленку. Вернуть пациентку в исходное положение (на спину). Поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок
8. Помочь пациентке занять удобное положение. Укрыть ее. Убедиться, что она чувствует себя комфортно. Убрать ширму

Обоснование

Установление контакта с пациенткой. Обеспечение психологической подготовки пациентки к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациентки

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Обеспечение психологического комфорта

Профилактика внутрибольничной инфекции

Предупреждение попадания воды на постельное белье

Обеспечение безопасной больничной среды

Снижение физической нагрузки на позвоночник и мышцы спины пациентки

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры

Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

Обеспечение гигиенического комфорта и инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Опорожнить судно от содержимого и поместить его в емкость с дезинфектантом. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациентки | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: УМЫВАНИЕ

Цель: поддержание личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: емкость с теплой (35-37 °С) водой, полотенце, махровая рукавичка, клеенка, пеленка.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|--|--|
| 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие | Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента |
| 2. Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение качественного выполнения процедуры |
| 3. Вымыть и осушить руки | Профилактика внутрибольничной инфекции |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Придать пациенту положение Фаулера, накрыть ему грудь пеленкой | Предупреждение попадания воды на белье пациента. Обеспечение комфортного положения во время процедуры |
| 2. Взять в руки полотенце, половину его смочить в емкости с теплой водой, отжать. | Предупреждение дискомфорта от проводимой процедуры |

Примечание: умывание можно осуществлять махровой рукавичкой

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 3. Протереть полотенцем или рукавичкой лоб, веки, щеки, нос, подбородок, шею пациента | Обеспечение гигиенического комфорта |
| 4. Осушить второй половиной полотенца лицо и шею пациента в той же последовательности мягкими промокательными движениями | Обеспечение гигиенического комфорта |
| 5. Снять пеленку с груди пациента, положить в мешок для использованного белья | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 6. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно | Обеспечение физического комфорта |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Продезинфицировать предметы ухода за больным | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ ПОЛОСТИ РТА

Цель: соблюдение правил личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: лоток, шпатель, стерильные марлевые салфетки, шарики, пинцет, емкость с антисептическим раствором (2 % раствор натрия гидрокарбоната, фурацилин, раствор перманганата калия) или с кипяченой теплой водой, зубная щетка, клеенка, пеленка, глицерин, перчатки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Рассказать о предстоящей процедуре пациенту, если он в сознании. Получить согласие на процедуру

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

2. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение качественного выполнения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять положение Фаулера, если это не противопоказано

Обеспечение комфортного положения во время процедуры

2. Накрыть шею и грудь пациента полотенцем.

Примечание: процедуру можно выполнять в положении: пациент лежит на боку или животе (или спине), повернув голову набок

Предупреждение намокания белья пациента. Допустимые положения

3. Приготовить зубную щетку без пасты, смочить ее в растворе соды.

Примечание: при отсутствии зубной щетки можно воспользоваться марлевой салфеткой, закрепленной зажимом либо пинцетом

Обеспечение возможности проведения процедуры

4. Обнажить зубы с помощью шпателя. Почистить зубы: последовательно внутреннюю, жевательную и наружную поверхности, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить процедуру не менее 2 раз

Обеспечение качества выполнения

5. Удалить остатки жидкости с помощью сухих тампонов

Профилактика аспирации

6. Попросить пациента высунуть язык. Если пациент не может это сделать, то обернуть язык марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта

Обеспечение эффективности процедуры

7. С помощью пинцета смочить салфетку в антисептическом растворе и обработать язык, снимая налет в направлении от корня к кончику. Салфетку заменить и повторить обработку в случае необходимости. Отпустить язык. Сбросить салфетки в лоток для использованного материала

Обеспечение качества услуги

8. Новой салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек в одном направлении: изнутри кнаружи. Далее обработать пространство под языком, десны, меняя салфетки по мере загрязнения

Профилактика инфицирования околоушных желез

9. Если язык сухой, смазать его глицерином

Обеспечение качества услуги

10. Нанести на салфетку вазелин и смазать последовательно тонким слоем верхнюю и нижнюю губы

Профилактика образования трещин на губах

11. Убрать полотенце

Обеспечение инфекционной безопасности

12. Снять перчатки, поместить их в лоток для использованного инструментария. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Погрузить предметы ухода, инструментарий в дезинфицирующий раствор, утилизировать использованные салфетки. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинских документах

Обеспечение преемственности ухода

АПЛИКАЦИЯ - МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА

Цель: гигиеническая и лечебная.

Показания: удаление налета с поверхности языка, воспалительные заболевания полости рта. **Оснащение:** марлевые салфетки, антисептический раствор, мензурка, перчатки, лотки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и рассказать о предстоящей процедуре, получить согласие на нее

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Подготовить необходимое оснащение. В мензурку налить раствор. Погрузить в него стерильную салфетку

Обеспечение качественного выполнения процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение.

Обеспечение комфортного состояния во время процедуры

Попросить его открыть рот

2. Осмотреть полость рта. Слегка отжать салфетку и поместить ее на нужный участок (язык, подъязычное пространство, десна, слизистая щек)

Обеспечение непосредственного контакта антисептического раствора с местом воспаления

3. Удалить салфетку через 4-5 мин от момента нанесения препарата и поместить ее в лоток для использованного материала.

Обеспечение качества ухода и лечения

Примечание: многократное повторение процедуры повышает ее эффективность

4. Спросить пациента о самочувствии, убедиться, что он чувствует себя нормально

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Использованные салфетки и перчатки положить в лотки для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинских документах

Обеспечение преемственности ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ ГЛАЗ

Цель: соблюдение правил личной гигиены.

Показания: уход за пациентами при дефиците самоухода.

Оснащение: стерильный лоток, стерильные тампоны, стерильный пинцет, емкость с антисептическим раствором (0,02 % раствор фурацилина или 1-2 % раствор натрия гидрокарбоната), емкость для использованных тампонов, перчатки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие на нее

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

2. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение качественного выполнения процедуры

II. Выполнение процедуры

Обеспечение комфортного состояния во время процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение

2. Поместить в стерильный лоток 8-10 тампонов, налить в него антисептический раствор

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Надеть стерильные перчатки

Профилактика инфицирования

4. Взять пинцетом тампон из лотка, слегка отжать его, переложить в руку, обработать им ресницы и веко одного глаза по направлению от наружного края к внутреннему

Создание гигиенического комфорта

5. Положить тампон в лоток для использованного материала

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Повторить процедуру 4-5 раз, каждый раз меняя тампоны.

Обеспечение инфекционной безопасности

Примечание: при наличии инфекции обработку начинать со здорового или менее инфицированного глаза

7. Промокнуть остатки раствора сухими тампонами

Обеспечение гигиенического комфорта

8. Обработать другой глаз в той же последовательности

Обеспечение инфекционной безопасности

9. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Замочить использованные тампоны в дезинфицирующем растворе. Снять перчатки, поместить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией.

Обеспечение инфекционной безопасности

Примечание: если это одна из утренних процедур, перчатки снять после завершения всего комплекса мероприятий по осуществлению утреннего туалета пациента

2. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ НОСА

Цель: поддержание личной гигиены пациента. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: стерильные ватные турунды в специальной емкости, флакон с физраствором или вазелином (растительным маслом, глицерином), стерильный лоток, стерильная пипетка, перчатки, лоток для использованного материала.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту предстоящую процедуру, получить согласие на нее

2. Вымыть и осушить руки

3. Подготовить необходимое оснащение. Налить в мензурку приготовленный раствор

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение

2. Надеть перчатки. Смочить в одном из растворов ватные турунды

3. Ввести в носовой ход (левый) вращательными движениями влажную турунду

4. По истечении нескольких секунд извлечь турунду.

Поместить в лоток для использованных материалов

5. Повторить процедуру 2-3 раза (при необходимости - больше), меняя турунды

6. Завершить процедуру при отсутствии корочек на очередной турунде

7. Подобным же образом обработать правый носовой ход.

Примечание: для удаления корочек из носа можно предварительно закапать в нос для их размягчения один из вышеперечисленных препаратов или оставить на 2- 3 мин в носовой полости смоченные маслом или глицерином турунды. Далее удалить корочки сухими турундами. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материала

8. Помочь пациенту занять положение, удобное для пребывания в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно

III. Окончание процедуры

1. Прозеинфицировать и утилизировать использованные турунды

2. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат дезинфекции и утилизации)

3. Вымыть и осушить руки

4. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обоснование

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

Профилактика внутрибольничной инфекции

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Обеспечение комфортного состояния во время процедуры.

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Создание гигиенического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Критерий оценки выполнения процедуры

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Обеспечение физического и психологического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ УШЕЙ

Цель: обеспечение личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: ватные турунды и тампоны, флакон с 3 % раствором перекиси водорода, стерильная пипетка, стерильный лоток, емкость с чистой водой, перчатки, полотенце, лоток для сбора использованного материала.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие на нее

2. Вымыть и осушить руки

3. Подготовить необходимое оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение. Прикрыть его шею и плечо полотенцем

2. Надеть перчатки

3. Попросить пациента наклонить голову в сторону, противоположную обработке

4. Набрать в пипетку 3 % раствор перекиси водорода. Оттянуть левой рукой ушную раковину назад и вверх. Правой рукой закапать в наружный слуховой проход 2-3 капли. Оставить пациента в таком положении на 1-2 мин

5. Ввести в слуховой проход вращательными движениями сухую турунду, оттянув при этом ушную раковину назад и вверх. Вывести турунду обратно.

Повторить процедуру несколько раз, меняя турунды

6. Поместить в лоток использованные турунды для проведения последующей дезинфекции и утилизации

7. Обработать влажным тампоном, смоченным в теплой воде, ушную раковину, затем тщательно просушить ее сухими ватными тампонами. Сбросить использованные тампоны в лоток для последующей утилизации

8. Обработать другое ухо таким же образом

9. Помочь пациенту занять положение, удобное для пребывания в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно

III. Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции использованные предметы ухода и материал

2. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки

3. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обоснование

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента

Обеспечение инфекционной безопасности
Обеспечение качественного выполнения процедуры

Обеспечение комфортного состояния во время процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

Создание гигиенического комфорта

Обеспечение размягчения серы и облегчение ее удаления

Обеспечение физического и гигиенического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение гигиенического комфорта и инфекционной безопасности

Обеспечение качественного выполнения процедуры

Обеспечение физического и психологического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ПОИЛЬНИКА

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: отсутствие возможности самостоятельно принимать пищу.

Оснащение: поильник, салфетки, емкости с жидкой, гомогенизированной пищей или питательными смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|---|--|
| 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить предстоящую процедуру. Рассказать пациенту, чем его будут кормить | Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.
Обеспечение права пациента на выбор.
Возбуждение аппетита |
| 3. Получить согласие пациента на проведение процедуры | Соблюдение прав пациента |
| 4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке | Обеспечение эффективного проведения процедуры |
| 5. Переместить пациента на бок или в положение Фаулера, если позволяет его состояние | Профилактика аспирации |
| 6. Вымыть и осушить руки | Профилактика внутрибольничной инфекции |
| 7. Подготовить оснащение | Обеспечение качественного выполнения процедуры |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой | Предупреждение загрязнения одежды |
| 2. Налить в поильник небольшое количество питательной смеси (t 36-37 °С) | Профилактика аспирации. Обеспечение оптимальной температуры смеси |
| 3. Предложить пациенту взять в рот носик поильника. Слегка наклонить поильник | Облегчение поступления пищи в ротовую полость |
| 4. Рекомендовать пациенту принимать питательную смесь небольшими порциями | Профилактика аспирации |
| 5. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи | Ограничение роста бактерий в ротовой полости |
| 6. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента | Исключение попадания остатков пищи в постель |
| 7. Помочь пациенту занять удобное положение | Обеспечение физического и психологического комфорта |
| 8. Убрать использованное оснащение | Обеспечение психологического комфорта |

III. Окончание процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ЛОЖКИ

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: дефицит или полное отсутствие возможности самоухода.

Оснащение: прикроватный столик, ложка, салфетка, емкости с пищей или смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые

2. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи за 15 мин и получить его согласие. Рассказать пациенту, чем его будут кормить

3. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Вымыть и осушить руки

4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или положение сидя с опущенными ногами

5. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду

6. Прикрыть грудь пациента салфеткой

7. Помочь пациенту установить зубные протезы (при их наличии)

II. Выполнение процедуры

1. Вымыть и осушить руки

2. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть нагреты до температуры не выше 60 °С, холодные - не ниже 15 °С. Сервировать стол

3. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента

4. Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости

5. Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, дать возможность пациенту взять пищу в рот, извлечь пустую ложку; дать время прожевать и

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента. Обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Профилактика асфиксии

Поддержание чувства собственного достоинства пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение самостоятельного пережевывания

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение улучшения аппетита и вкусовых ощущений

Поддержание чувства собственного достоинства пациента

Снижение сухости во рту. Облегчение пережевывания твердой пищи

Обеспечение адекватного приема пищи (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны)

проглотить пищу; предлагать попить после 3-5 ложек твердой (мягкой) пищи или по требованию

6. Вытирать (при необходимости) губы больного салфеткой

7. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи

8. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента. Проверить состояние постели

9. Помочь пациенту занять удобное положение.

Поддержание чувства собственного достоинства пациента

Ограничение роста бактерий в ротовой полости

Исключение попадания остатков пищи в постель

Примечание: в первые 20-30 мин после еды следует придать пациенту полусидячее (если он сидел) положение

Обеспечение физического и психологического комфорта

10. Посуду и остатки пищи доставить в столовую

Обеспечение психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Цель: кормление пациента.

Показания: повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройства речи и глотания, отсутствие сознания, отказ от приема пищи при психических заболеваниях и пр.

Противопоказания: атрезия и травмы пищевода, кровотечение из желудка и пищевода, варикозное расширение вен пищевода.

Оснащение: стерильный (лучше одноразовый) зонд 8-10 мл в диаметре, воронка на 200 мл или шприц Жане (лучше одноразовый), дистиллированная вода (физиологический раствор, глицерин), салфетки, зажим, фонендоскоп, 3-4 стакана питательной смеси, стакан теплой кипяченой воды, перчатки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие

Психологическая подготовка и пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

2. Подготовить оснащение

Обеспечение эффективности проведения процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой

Обеспечение свободного прохождения зонда

- | | |
|---|---|
| 2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка; либо от значения роста пациента отнять 100 см), поставить метку | Необходимое условие для введения зонда в желудок |
| 4. Смочить зонд водой или обработать его глицерином | Обеспечение свободного продвижения зонда в желудок |
| 5. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину | Обеспечение введения зонда в желудок |
| 6. Набрать 30-40 мл воздуха в шприц Жане и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки) | Определение местонахождения зонда |
| 7. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток | Предупреждение вытекания содержимого желудка |
| 8. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37-38 °С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки | Предупреждение попадания воздуха в желудок |
| 9. Опустить воронку до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи | Обеспечение бережного введения всего объема пищи |
| 10. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30-50 мл, с интервалами 1-3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда | Предупреждение опустошения зонда |
| 11. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 12. Зафиксировать зонд до следующего кормления | Профилактика выпадения зонда |
| 13. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение | Обеспечение физического и психологического комфорта |

III. Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий.

Обеспечение инфекционной безопасности

Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки

2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение преемственности ухода

Примечание. Перед проведением последующих кормлений нужно: проверить правильность положения зонда, аспирировать и осмотреть содержимое желудка;

осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов; проверить качество фиксации зонда. При наличии в аспирационном содержимом крови и признаков нарушения эвакуации содержимого нельзя кормить пациента, следует вызвать врача. Также следует исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой зонда, а в случае необходимости заменить пластырную повязку.

УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Цель: профилактика трофических и инфекционных осложнений.

Оснащение: шприц Жане, фонендоскоп, лоток, зажим, физиологический раствор, вазелин, емкость для дезинфекции, перчатки, стерильные салфетки, пластырь.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться, если вы незнакомы, объяснить цель и последовательность проведения процедуры
2. Выяснить, беспокоит ли пациента зонд и насколько
3. Обработать руки. Надеть перчатки

Обоснование

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию. Обеспечение скорейшей адаптации пациента к своему состоянию. Обеспечение инфекционной безопасности

II. Выполнение процедуры

1. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания
2. Проверить место расположения зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке
3. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом
4. Увлажнять полость рта и губы каждые 4 ч. Промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора после каждого кормления (и чаще - по назначению врача)

Обеспечение своевременной диагностики изменений

Обеспечение безопасности пациента

Обеспечение проходимости носовых путей, профилактика высыхания слизистой оболочки

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Проверить фиксацию. Сменить пластырь, если он отклеился или сильно загрязнился
2. Подвергнуть дезинфекции использованные материалы. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение необходимой фиксации

и профилактика инфицирования

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности ухода

Примечание. Критерии оценки качества выполнения процедуры: отсутствие видимых изменений (раздражения) слизистых оболочек носа; свободный проход пищи по зонду во время кормления, своевременность выполнения процедуры, удовлетворенность пациента качеством оказанной услуги.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: наличие гастростомы и отсутствие возможности принимать пищу другими способами.

Оснащение: полотенце, шприц Жане или воронка, емкость с питательной смесью по назначению врача в количестве 200-500 мл, t 38-40 °С, вода кипяченая 100 мл, нестерильные перчатки, пластырь, мешок для сбора белья, емкость для дезинфекции, стерильные салфетки, гели и мази по назначению врача.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|--|--|
| 1. Собрать информацию о пациенте.
Доброжелательно и уважительно представиться ему.
Уточнить, как к нему обращаться | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры пациенту и родственникам, если выполняете ее впервые. Рассказать, чем больного будут кормить | Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита |
| 3. Убедиться в наличии согласия пациента на проведение процедуры | Соблюдение прав пациента |
| 4. Помочь пациенту занять удобное положение | Обеспечение комфортного положения |
| 5. Вымыть и осушить руки | Профилактика инфекции |
| 6. Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение эффективности процедуры |
| 7. Надеть нестерильные перчатки | Профилактика инфекции |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Снять повязку и поместить ее в лоток для использованного материала. Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки (желудочного зонда) и кожи вокруг | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Положить полотенце на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки | Обеспечение физического и психологического комфорта |
| 3. Присоединить цилиндр Жане к гастростомической трубке (зонду), снять зажим. Налить в шприц, держа его наклонно, нужное количество питательной смеси | Обеспечение безопасного приема пищи |
| 4. Приподнять шприц, дождаться, пока пища уйдет в желудок | Обеспечение естественной скорости поступления пищи |
| 5. Повторять действия до тех пор, пока не будет введен нужный объем пищи | Обеспечение приема всего объема пищи |
| 6. Промыть зонд 30-50 мл теплой кипяченой воды | Ограничение роста бактерий на |

после окончания введения питательных смесей	стенках зонда
7. Пережать зонд зажимом, отсоединить шприц, закрыть зонд заглушкой	Предотвращение вытекания желудочного содержимого
8. Вымыть с мылом кожу вокруг гастростомы и насухо промокнуть салфеткой	Профилактика инфицирования
9. Провести осмотр кожи в области стомы и самой га-стростомы на предмет выявления отека или появления свища и других изменений	Своевременная диагностика осложнений
10. Наложить на кожу слой мази, пасты или защитного геля (по назначению врача)	Профилактика мацерации кожи
11. Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг га-стростомической трубки	Профилактика инфицирования
12. Прижать повязку-наклейку, не допуская образования складок вокруг гастростомы	Предупреждение просачивания выделений (желудочного сока) из гастростомы
13. Закрепить наружную часть гастростомической трубки (зонда) поверх повязки. Помочь пациенту занять удобное положение. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта
14. Осмотреть постельное белье на предмет замены в случае необходимости. Убрать полотенце в мешок для использованного белья	Обеспечение психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Поместить использованный инструментарий в емкость для дезинфекции. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они предназначены для последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРИМЕНЕНИЕ ГОРЧИЧНИКОВ

Цель: лечебная.

Показания: воспаление верхних дыхательных путей, бронхиальная астма, гипертонический криз, боли в области сердца, миозиты, пневмонии и бронхиты в стадии рассасывания.

Оснащение: 2 лотка, вода t 40-45 °С, полотенце, салфетки, водный термометр, часы, горчичники.

Механизм действия: эфирно-горчичное масло, которое выделяется из горчицы при ее соприкосновении с теплой водой, оказывает сосудорасширяющее, рассасывающее, болеутоляющее действие.

Места постановки горчичников: при бронхитах, пневмонии в стадии рассасывания - на грудную клетку спереди и сзади, при гипертоническом кризе - на воротниковую зону и икроножные мышцы, при болях в сердце - на область сердца.

Избегать: области сосков, молочных желез, позвоночника и родимых пятен.

Противопоказания: кожные заболевания, снижение кожной чувствительности или ее отсутствие, туберкулез легких, легочное кровотечение, высокая лихорадка (выше 38 °С), повышенная чувствительность к запаху горчицы, злокачественные новообразования.

Возможные проблемы пациента: ожог кожи, нарушение комфортного состояния вследствие ожога, ощущение сильного жжения во время процедуры.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему.

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Вымыть и осушить руки

5. Осмотреть кожу на предмет отсутствия повреждений, гнойничков, сыпи. Уточнить, имеется или нет аллергия на горчицу

6. Проверить пригодность горчичников (срок годности поставлен на каждом 10-м горчичнике; горчица должна не осыпаться с бумаги, источать специфический резкий запах). При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица), проверить срок годности на упаковке.

Подготовить необходимое оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Налить в лоток приготовленную воду t 40-45 °С

2. Опустить изголовье. Помочь пациенту снять рубашку и лечь на живот (при постановке горчичников на спину). Попросить его обхватить руками подушку, а голову повернуть набок

3. Погрузить горчичник в теплую воду горчичной стороной вверх не менее чем на 3 с, дать воде стечь

4. Плотно приложить горчичник к поверхности кожи стороной, покрытой горчицей.

При смачивании пригодных горчичников сразу появляется острый характерный запах эфирно-горчичного масла. Область постановки зависит от показаний

5. Повторить два предыдущих действия, размещая нужное количество горчичников на коже

6. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом

7. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 2-3 мин, снять горчичники в случае нестерпимого жжения

8. Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице

9. Снять горчичники через 10-15 мин и поместить их в лоток для использованных материалов. *Примечание: при сильном жжении и повышенной чувствительности кожи горчичники накладывают через бумагу или ткань, при этом сохраняется только тепловой эффект*

10. Смочить салфетку в теплой воде и протереть ею кожу, удаляя остатки горчицы

11. Вытереть кожу насухо полотенцем. Помочь пациенту

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента

Профилактика

внутрибольничной инфекции

Обеспечение безопасности пациента

Достижение эффективного проведения процедуры

При более низкой температуре эфирное горчичное масло не выделяется; при более высокой - разрушается

Обеспечение правильного положения позвоночника и максимальной фиксации горчичников

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение правильного выполнения процедуры

Обеспечение эффективности процедуры

Исключение переохлаждения.

Обеспечение сохранения тепла

Обеспечение физической и психологической безопасности пациента

Обеспечение необходимого рефлекторного воздействия

Обеспечение безопасности пациента (при длительном воздействии горчичников возможен ожог кожи с образованием пузырей)

Исключение химического ожога кожи

Сохранение эффекта процедуры

надеть рубашку, укрыть его одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин

12. Спросить, как пациент себя чувствует

и обеспечение необходимого отдыха после процедуры
Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Утилизировать горчичники. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

Цель: лечебная.

Показания: местные воспалительные процессы кожи, подкожной клетчатки и суставов, озноб, переохлаждение, хронические воспалительные процессы в брюшной полости, хронический гастрит и др. (по назначению врача).

Оснащение: резиновая грелка, кувшин с горячей водой t 60-70 °С, пеленка, водный термометр.

Механизм действия: тепло способствует расширению сосудов кожи и подлежащих органов, оказывает согревающее, рассасывающее и болеутоляющее действие.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит и др.), внутренние кровотечения, ушибы (в первые часы и сутки), инфицированные раны, высокая лихорадка, опухоли, маститы, тромбозы, повреждение кожных покровов, новообразования.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожогов в связи с пониженной чувствительностью (или с ее отсутствием) кожи у тяжелобольных; пигментация кожи из-за частого накладывания грелки на одно и то же место; сильное жжение в области соприкосновения кожи с грелкой.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним.

Доброжелательно и уважительно представиться ему.

Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Подготовить необходимое оснащение

5. Вымыть и осушить руки

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента
Достижение эффективности процедуры

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать грелку у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку

2. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пеленкой

3. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 мин следует делать 15-20-минутный перерыв

4. Снять грелку

Обеспечение лучшего контакта грелки с телом. Профилактика ожогов кожи пациента

Проверка герметичности.
Профилактика перегревания кожи

Обеспечение лечебного эффекта.
Предупреждение местного перегревания и ожога кожи.

Обеспечение безопасности

5. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой
6. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

III. Окончание процедуры

1. Вылить воду из грелки. Продезинфицировать грелку. Вымыть и осушить руки
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

пациента (продолжительное непрерывное применение грелки может привести к парезу сосудов внутренних органов и тканей)
 Оценка чувствительности кожи: она должна быть слегка гиперемирована
 Обеспечение физического и психологического комфорта

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ

Цель: лечебная.

Показания: острые воспалительные процессы в брюшной полости, кровотечения внутренние, ушибы, переломы, вывихи в первые часы и сутки, второй период лихорадки, укусы насекомых, мастит, послеоперационный период, сотрясение мозга.

Оснащение: пузырь для льда, полотенце (пеленка), лоток с кусочками льда.

Механизм действия: холод способствует сужению кровеносных сосудов кожи и подлежащих органов, снижает чувствительность нервных рецепторов, оказывает болеутоляющее, кровоостанавливающее, противовоспалительное действие.

Противопоказания: хронические воспалительные процессы, заболевания кожи.

Возможные проблемы пациента: чрезмерное переохлаждение, риск отморожения в связи с длительным воздействием холода на кожу, непереносимость холода.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на процедуру
4. Подготовить необходимое оснащение

5. Вымыть и осушить руки

II. Выполнение процедуры

1. Заполнить до половины резиновый пузырь подготовленными в морозильной камере кусочками льда и залить холодной водой.

Примечание: нельзя замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика, и высок риск отморожения

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Профилактика внутрибольничной инфекции

Исключение переохлаждения (отморожения) кожи (тающий лед поддерживает температуру воды 10-12 °С)

2. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и завернуть крышку

Обеспечение герметичности.
Пузырь принимает плоскую форму

3. Обернуть пузырь пленкой, сложенной вчетверо, и положить на нужный участок тела на 20 мин. Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 мин необходимо делать перерыв на 10-15 мин.

Профилактика переохлаждения и отморожения

Примечание: при необходимости пузырь со льдом можно подвесить над больным на расстоянии 2-3 см

4. Сливать воду по мере таяния льда и добавлять кусочки льда

Достижение максимального эффекта процедуры.

Предупреждение переохлаждения и отморожения

5. По окончании процедуры воду из пузыря слить

Завершение манипуляции

6. Спросить пациента о самочувствии

Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Проздезинфицировать пузырь, затем обмыть его водой и высушить (хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой). Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА

Цель: лечебная

Показания: местные воспалительные процессы кожи, подкожной клетчатки и суставов, гематомы, ушибы (на 2-е сутки после травмы), катаральные отиты.

Оснащение: компрессная бумага, вата, бинт, марлевая салфетка, сложенная в 8 слоев, вода комнатной температуры (22-25 °С) либо этиловый спирт 40-45 % или камфорное масло, почкообразный лоток, ножницы.

Механизм действия: вызывает длительное расширение сосудов, приток крови к подлежащим тканям, оказывает рассасывающее, болеутоляющее действие.

Противопоказания: нарушение целостности кожи, ушибы (в первые часы и сутки), высокая лихорадка; аллергические и гнойные высыпания на коже, новообразования.

Виды: водный, водно-спиртовой, масляный, лекарственный.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры

5. Вымыть и осушить руки

Профилактика

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|--|
| <p>1. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от области наложения компресса) для компресса кусок марли и сложить его в 8 слоев. Вырезать кусок компрессной бумаги по периметру на 2 см больше салфетки. Приготовить кусок ваты по периметру на 2 см больше, чем компрессная бумага</p> | <p>Обеспечение эффективного проведения процедуры</p> |
| <p>2. Сложить слои для компресса на столе, начиная с наружного слоя: внизу - вата, затем - компрессная бумага</p> | <p>Обеспечение эффективного проведения процедуры</p> |
| <p>3. Налить в мензурку спирт (камфорное масло) или воду комнатной температуры, смочить сложенную марлевую салфетку, слегка отжать ее и положить поверх компрессной бумаги.</p> | <p>Обеспечение эффективности проведения процедуры</p> |
| <p><i>Примечание: при постановке компресса на ухо салфетку и компрессную бумагу следует разрезать в центре</i></p> | |
| <p>4. Все слои компресса последовательно (салфетка - компрессная бумага - слой ваты) положить на нужный участок тела.</p> | <p>Обеспечение рефлекторного влияния компресса через хемо- и терморецепторы кожи за счет длительного воздействия</p> |
| <p>Внимание! Не следует накладывать компресс на кожу, смазанную йодом. Возможен ожог!</p> | |
| <p>5. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии так, чтобы он плотно прилегал к коже, но не стеснял движений. При наложении компресса на ягодичную область фиксировать его лейкопластырем или клеолом</p> | <p>Обеспечение повседневной жизнедеятельности</p> |
| <p>6. Напомнить пациенту о времени наложения компресса. Водный компресс ставится на 8-10 ч, полуспиртовой - на 4-6 ч, масляный - на 24 ч</p> | <p>Привлечение пациента к участию в процедуре</p> |
| <p>7. Вымыть и осушить руки</p> | <p>Профилактика внутрибольничной инфекции</p> |
| <p>8. Через 1,5-2 ч после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки</p> | <p>Определение целесообразности дальнейшего проведения процедуры (оно нецелесообразно, если салфетка высохла)</p> |
| <p>9. Вымыть и осушить руки</p> | <p>Профилактика внебольничной инфекции</p> |
| <p>10. Снять компресс через положенное время и поместить использованный перевязочный материал в лоток. К этому времени салфетка, как правило, сухая</p> | <p>Завершение манипуляции</p> |
| <p>11. Наложить сухую повязку</p> | <p>Профилактика переохлаждения. Продление времени теплового эффекта</p> |
| <p>12. Спросить пациента о самочувствии</p> | <p>Определение реакции пациента на процедуру</p> |
| <h2>III. Окончание процедуры</h2> | |
| <p>1. Утилизировать использованный материал. Вымыть и</p> | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p> |

осушить руки

2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

IV. Проблемы пациента и медсестры

1. Ощущение озноба у пациента после наложения компресса

2. Сильное жжение в области наложения компресса

3. Невозможность сгибания конечности при наложении компресса на сустав

4. Посинение конечности в ближайшее время после наложения

5. Психологический дискомфорт, связанный с наложением компресса на видимые участки тела

6. Риск смещения повязки при наложении ее на ягодичную область

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Действия медсестры Проверить, не сместились ли слои компресса

Сменить салфетку (возможно, раствор получился большей концентрации)

Снять фиксирующий слой и наложить повязку заново, строго соблюдая правила десмургии

Ослабить фиксирующий слой

Проследить за тем, чтобы повязка выглядела эстетично

Зафиксировать лейкопластырем или клеолом

ПОСТАНОВКА ХОЛОДНОГО КОМПРЕССА

Цель: лечебная.

Показания: второй период лихорадки, носовое кровотечение, первые часы после ушиба и т.д.

Оснащение: две марлевые или бязевые салфетки, сложенные в 6-8 слоев; раствор для смачивания ткани (t воды 14-16 °С); кусочки льда; термометр для измерения температуры воды.

Механизм действия: охлаждение кожи способствует сужению кровеносных сосудов, снижает чувствительность рецепторов, оказывает болеутоляющее действие.

Противопоказания: травмы и ушибы (2-е сутки).

Этапы

Обоснование

I. Подготовка процедуры

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективности процедуры

5. Вымыть и осушить руки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Смочить салфетку в холодной воде, отжать

Обеспечение действия холода на кожу в течение времени

2. Приложить салфетку к поверхности кожи

Обеспечение охлаждения

3. Смочить другую салфетку в емкости с холодной водой,

Обеспечение

отжать. Менять салфетки каждые 2-3 мин. Продолжительность всей процедуры зависит от состояния пациента	эффективности процедуры
III. Окончание процедуры	Обеспечение физического и психологического комфорта
1. Снять мокрую салфетку, кожу просушить сухой салфеткой	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Утилизировать использованные салфетки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение преемственности сестринского ухода
3. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	

ПОСТАНОВКА БАНОК

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: миозиты, радикулиты, межреберные невралгии, пневмонии, бронхиты в стадии рассасывания, застойные пневмонии (профилактика).

Оснащение: лоток с медицинскими банками (от 10 до 20 штук), 70 % раствор этилового спирта, корнцанг или металлический зонд с нарезкой, спички, вата, вазелин, полотенце, марлевые салфетки, шпатель, часы, лоток с водой, станок для бритья.

Механизм действия: усиление крово- и лимфообращения, активизация биосинтеза собственных белков организма.

Противопоказания: легочное кровотечение (кровохарканье), туберкулез легких, заболевания кожи, высокая температура (более 38 °С), злокачественные новообразования, гемофилия, общее истощение пациента, психическое возбуждение пациента, повышенная чувствительность кожи.

Места постановки: области с выраженным мышечным и/или подкожно-жировым слоем: надлопаточная область, межлопаточная область, подлопаточная область, боковые поверхности грудной клетки.

Банки не ставят: на молочные железы, позвоночник, область сердца, лопатки, грудину, родимые пятна, область почек.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожога, беспокойство, связанное с постановкой банок, негативный настрой к вмешательству.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Проверить целостность краев медицинских банок. Подготовить необходимое оснащение. Сделать плотный фитиль из ваты: надежно закрепить корнцангом вату и обмотать ею концы корнцанга	Профилактика нарушений целостности кожи. Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
6. Снять рубашку с пациента, освободить необходимый участок тела	Обеспечение возможности проведения процедуры. Соблюдение правил техники безопасности

7. Отрегулировать высоту кровати, опустить изголовье. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову в сторону от медсестры, обхватив руками подушку

8. Прикрыть голову пациента пеленкой или полотенцем. Сбрить волосы в месте постановки банок, заручившись согласием пациента

II. Выполнение процедуры

1. Нанести на кожу тонкий слой вазелина

2. Взять корнцанг в правую руку и смочить фитиль спиртом. Излишки спирта отжать о край флакона. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону

3. Поджечь фитиль и держать его в правой руке. В левую руку (если вы «правша») взять 1-2 банки, быстрым движением на 0,5-1 с внести горящий фитиль в банку (банку следует держать недалеко от поверхности тела) и энергично приложить банку всем утолщенным краем к коже пациента (расстояние между банками должно быть 2-3 см)

Внимание! Пламя должно только вытеснить воздух из банки, но не накаливать ее края, так как в этом случае возможен ожог кожи

4. Повторить предыдущие действия с остальными банками

5. Потушить фитиль, погрузив его в воду

Этапы

6. Провести рукой по банкам (глубина всасывания кожи в банку равна примерно 1/3 от глубины банки)

7. Прикрыть поставленные банки пеленкой и укрыть пациента одеялом. Попросить полежать в течение 10-15 мин

8. Вымыть и осушить руки

9. Через 3-5 мин проверить эффективность постановки банок по втяжению кожи (1 см и более) в полость банки.

Снять и установить заново одну или несколько банок при отсутствии эффекта выраженного втяжения кожи

10. Через 10-15 мин поочередно снять банки. Для этого одной рукой слегка отклонить банку в сторону, а пальцем другой руки придавить кожу у края банки. В банку проникнет воздух, и она легко отделится от кожи

11. Оценить результат: в местах постановки банок должны быть кровоизлияния округлой формы

Обеспечение биомеханики тела медсестры. Обеспечение надежной «фиксации» банок. Обеспечение правильного положения тела

Соблюдение правил техники безопасности

Повышение эластичности кожи. Обеспечение герметичности при выполнении процедуры

Соблюдение правил противопожарной безопасности

Обеспечение эффективности процедуры.

Обеспечение эффективности процедуры

Соблюдение правил противопожарной безопасности

Обоснование

Проверка степени присасывания банок

Обеспечение физического и психологического комфорта

Профилактика внутрибольничной инфекции

Достижение наиболее полного лечебного эффекта

Обеспечение безболезненного снятия банок

Оценка качества выполняемой манипуляции

- | | |
|--|---|
| 12. Протереть кожу пациента салфеткой на месте постановки банок | Обеспечение гигиенического комфорта. Снятие остатков вазелина и гари с кожи |
| 13. Помочь пациенту одеться, укрыть его одеялом и предупредить, что он должен оставаться в постели еще 20-30 мин | Обеспечение продолжительного эффекта и безопасности пациента |
| 14. Спросить пациента о самочувствии | Определение реакции пациента на процедуру |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Вымыть банки теплой водой с мылом, уложить в лоток. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента.
<i>Примечание: в клинической практике разрешается альтернативный способ постановки банок (силиконовые банки и метод аппаратной вакуум-терапии)</i> | Обеспечение преемственности сестринского ухода. Достижение клинического эффекта без помощи пламени, снижение материальных затрат, снижение психологического дискомфорта пациента |

ПОСТАНОВКА ПИЯВОК (ГИРУДОТЕРАПИЯ)

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: гипертонический криз, глаукома, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, приступы стенокардии, застойные явления в печени, геморрой, тромбоз, радикулиты.

Оснащение: стерильные шарики и салфетки, непромокаемая пеленка (клеенка), горячая кипяченая вода (температура 40-50 °С), 70 % раствор этилового спирта, 3 % раствор перекиси водорода, 5 % раствор глюкозы, емкость с пиявками, медицинская банка или пробирка, пинцет, стерильные салфетки, часы, перчатки, емкость с дезинфектантом, вата, нашатырный спирт, стерильные салфетки, бинт или лейкопластырь, ножницы, 5 % раствор йода, лоток.

Места постановки пиявок: при гипертоническом кризе - на сосцевидный отросток, в 1 см от ушной раковины, при заболеваниях глаз - на височную область на уровне разреза глаз, при приступе стенокардии, предынфарктном состоянии - на область сердца (третье-четвертое-пятое меж-реберье), при венозном застое в печени - вдоль правого подреберья, при тромбозе - в 1 см от пораженной вены в шахматном порядке, при геморрое - вокруг анального отверстия.

Противопоказания: склонность к кровотечениям, заболевания кожи, аллергические и септические заболевания, анемия, гипотензия, лечение антикоагулянтами.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией,

Обоснование

Установление контакта с пациентом

когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на процедуру
4. Помочь пациенту занять удобное положение
5. Вымыть и осушить руки
6. Подготовить необходимое оснащение
7. Осмотреть место постановки. При необходимости подстелить непромокаемую пленку (клеенку) под предполагаемую область постановки. Надеть перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Обработать кожу: а) стерильными ватными шариками, смоченными раствором 70 % этилового спирта (охватить большую площадь кожи, чем та, которая нужна для постановки пиявок); б) стерильными ватными шариками, смоченными в теплой кипяченой воде (протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза); в) осушить кожу стерильной салфеткой

Этапы

2. Отсадить пинцетом (концы пластин пинцета должны быть обернуты марлевыми салфетками) в медицинскую банку (пробирку) одну пиявку хвостовым концом вниз и поднести банку (пробирку) к коже. Перевернуть банку (пробирку) вверх дном и плотно прижать ее к коже или к слизистой оболочке (в стоматологии, гинекологии)
3. Убрать банку (пробирку), как только станет видно, что пиявка прокусила кожу и совершает волнообразные движения своей передней частью
4. Подложить под заднюю присоску стерильную салфетку
5. Повторять вышеперечисленные действия до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки
6. Наблюдать за активностью пиявки во время процедуры. Если она не движется, слегка провести по ее поверхности пальцем. Это должно вызвать волнообразное движение пиявки. Если его нет, пиявку нужно снять, проведя по ее поверхности ватным шариком, смоченным нашатырным спиртом
7. По истечении отведенного на процедуру срока снять пиявки способом, описанном в предыдущем пункте
8. Поместить пиявки в емкость с дезинфектантом

Психологическая подготовка к манипуляции
Соблюдение прав пациента
Обеспечение максимального комфорта
Профилактика внутрибольничной инфекции
Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение комфорта и инфекционной безопасности

Обеспечение эффективности процедуры (запах мыла оказывает отпугивающее действие на пиявок и значительно затрудняет работу).
Расширение сосудов кожи (она становится теплой) и облегчение начала процедуры

Обоснование

Профилактика травматизма пиявок. Пиявка, оказавшись в замкнутом пространстве, прокусит кожу и присосется к ней

Волнообразные движения свидетельствуют: пиявка присосалась

Предупреждение присасывания пиявки задней присоской, что может значительно снизить активность сосания

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение эффективности процедуры. Пиявка не переносит резких запахов

Время постановки пиявок определяет врач. Если пиявки поставлены на час, они отпадут сами, как только насытятся кровью

Обеспечение инфекционной

(например, «Дюльбак»)

9. Сменить перчатки. Обработать кожу вокруг раны этиловым спиртом или 5 % спиртовым раствором йода

10. Наложить на места укусов стерильные салфетки, используя стерильный пинцет.

Поместить поверх салфетки слой ваты.

Зафиксировать салфетки и вату бинтом в соответствии с правилами десмургии.

Предупредить пациента о возможном промокании повязки. *Примечание: если наложение бинта невозможно, то поверх ваты следует наложить салфетку и зафиксировать ее лейкопластырем*

11. Спросить пациента о самочувствии

безопасности. Пиявки не подлежат повторному использованию

Профилактика внутрибольничной инфекции

Обеспечение психологической безопасности (в течение 6-30 ч после снятия пиявки возможно сильное кровотечение и быстрое промокание повязки)

Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Убрать пленку в непромокаемый мешок для дальнейшей дезинфекции и утилизации.

Утилизировать пиявки по окончании экспозиции.

Продезинфицировать использованное оснащение с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки

Этапы

2. Наблюдать за повязкой в течение суток. Сменить повязку в случае намокания

3. *Через сутки.* Надеть перчатки, снять повязку. Если кровотечение остановлено, рану и кожу вокруг нее обработать 70 % раствором этилового спирта, остатки крови удалить 3 % раствором перекиси водорода.

Наложить сухую асептическую повязку **Внимание!** *Если ранки кровоточат более суток, их обрабатывают крепким раствором калия перманганата и накладывают давящую повязку*

4. Спросить пациента о самочувствии

5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки

6. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента

IV. Проблемы пациента и медсестры

1. Низкая активность пиявки

2. Кровотечение вследствие неправильной постановки пиявок

3. Отказ от манипуляции. Психологический дискомфорт, связанный с чувством страха перед постановкой пиявок, болезненностью процедуры, возможным инфицированием. Брезгливость пациента по отношению к виду пиявок

Обеспечение инфекционной безопасности

Обоснование

Профилактика внутрибольничной инфекции

Обеспечение инфекционной безопасности и заживление ран первичным натяжением.

Определение реакции пациента на процедуру

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Действия медсестры Слегка провести по поверхности пиявки пальцем или пинцетом

Наложить на рану обычную давящую повязку

Провести психотерапевтическую беседу. Обеспечить встречу с пациентами, перенесшими эту процедуру

ПОДАЧА УВЛАЖНЕННОГО КИСЛОРОДА

ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

Цель: устранить гипоксию тканей.

Показания: заболевания органов кровообращения и дыхания.

Оснащение: дозиметр, вода или 96 % этиловый спирт, стерильный носовой катетер, стерильный глицерин, лоток, бинт, лейкопластырь, стерильные перчатки, шпатель, ножницы. **Противопоказания:** определяет врач.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры
4. Подготовить необходимое оснащение
5. Определить длину, на которую должен быть введен носовой катетер (расстояние от мочки уха до кончика носа)
6. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки
7. Вскрыть упаковку, извлечь катетер и обработать глицерином

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента
Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение продвижения катетера через носовой ход

II. Выполнение процедуры

1. Ввести катетер в нижний носовой ход до нужной метки (примерно 15-18 см)
2. Осмотреть зев и убедиться, что конец катетера виден при осмотре
3. Закрепить катетер на щеке и крыле носа пациента лейкопластырем (катетер не должен выпадать из носового хода и причинять неудобства)
4. Соединить катетер с дозиметром, заполненным водой или этиловым спиртом (при отеке легких)
5. Открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость поступления кислорода по назначению врача. *Примечание: катетер может находиться в полости носа не более 12 ч*
6. Извлечь катетер и осмотреть слизистую оболочку носа пациента

Обеспечение попадания

кислорода в дыхательные пути

Обеспечение нахождения катетера в дыхательных путях

Обеспечение фиксации катетера

Исключение высыхания слизистых оболочек носового хода и ожога дыхательных путей

Обеспечение назначенной врачом скорости подачи кислорода. Профилактика развития пролежней

Выявление возможного раздражения слизистой оболочки носа

7. Помочь пациенту занять удобное положение. Спросить о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию оснащения и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение преемственного сестринского ухода

Примечание. Подачу кислорода можно осуществлять через носовую канюлю или воронку.

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС МАСЛЯНЫХ КАПЕЛЬ

Цель: лечебная.

Показания: по назначению врача.

Оснащение: лекарственное средство, пипетка, маска, салфетки, лоток для использованного материала.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента
Обеспечение эффективного проведения процедуры

4. Подготовить необходимое оснащение

Профилактика внутрибольничной инфекции

5. Вымыть и осушить руки. Надеть маску

Создание условий для прохождения масляных капель через носовую полость.

II. Выполнение процедуры

1. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрю освободить носовую полость от слизи

Предупреждение инфицирования среднего уха

2. Попросить пациента лечь и слегка запрокинуть голову

Создание условий для попадания масляного раствора на заднюю стенку глотки

3. Набрать в пипетку масло. Приподнять кончик носа пациента и закапать в каждый нижний носовой ход по 5-6 капель

Введение лекарственного средства

4. Поместить пипетку в лоток для использованного материала

Обеспечение инфекционной безопасности

5. Попросить пациента полежать несколько минут

Обеспечение прохождения необходимого времени для попадания масла на заднюю

- | | |
|---|---|
| 6. Спросить у пациента, чувствует ли он вкус капель | стенку глотки
Вкус ощущается при попадании масла на заднюю стенку глотки |
| 7. Помочь пациенту сесть, спросить его о самочувствии | Определение реакции пациента на процедуру |

III. Окончание процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом.
Снять маску. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в журнале о введении лекарственного средства и в медицинских документах - о реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ КАПЕЛЬ

Цель: лечебная.

Показания: по назначению врача.

Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), салфетки, маска.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|---|---|
| 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры | Психологическая подготовка к манипуляции |
| 3. Получить согласие пациента на процедуру | Соблюдение прав пациента |
| 4. Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение эффективного проведения процедуры |
| 5. Вымыть и осушить руки. Надеть маску | Профилактика внутрибольничной инфекции |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Помочь пациенту занять удобное положение сидя | Облегчение проведения процедуры |
| 2. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрю освободить носовую полость от слизи | Создание условий для прохождения масляных капель через носовую полость.
Предупреждение инфицирования среднего уха |
| 3. Набрать в пипетку лекарственное средство. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, склонить ее к правому плечу | Обеспечение правильного положения головы для введения лекарственного средства в левую половину носа |
| 4. Приподнять кончик носа пациента | Создание условия для попадания лекарственного средства в носовую полость |

- | | |
|--|---|
| 5. Закапать в левую половину носа 2-3 капли лекарственного средства | Введение лекарственного средства
Создание условий для лучшего распределения и всасывания лекарственного средства в носовой полости |
| 6. Попросить пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения | Введение лекарственного средства |
| 7. Закапать капли во вторую ноздрю, повторив те же действия | Профилактика внутрибольничной инфекции |
| 8. Поместить пипетку в лоток для использованного материала | Определение реакции пациента на процедуру |
| 9. Помочь пациенту занять удобное положение, спросить о самочувствии | |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом. Снять маску. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЕНИЮ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА

Цель: лечебная, учебная.

Показания: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Оснащение: 2 карманных ингалятора: один - использованный, второй - с лекарственным веществом.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|---|--|
| 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры | Психологическая подготовка к предстоящей процедуре |
| 3. Получить согласие пациента на процедуру | Соблюдение прав пациента |
| 4. Подготовить 2 ингалятора, убедиться в соответствии лекарственного средства назначенному врачом, проверить срок годности | Исключение ошибочного введения лекарственного средства |
| 5. Вымыть и осушить руки | Профилактика внутрибольничной инфекции |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Для обучения пациента выполнению процедуры использовать ингаляционный баллончик без лекарственного препарата. Усадить пациента, но если его состояние позволяет, лучше ему находиться в положении стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее | Формирования знаний и умений. Обеспечение эффективности процедуры |
| 2. Снять с ингалятора защитный колпачок | Подготовка к процедуре |
| 3. Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и | Обеспечение эффективности |

встряхнуть его

4. Попросить пациента сделать глубокий выдох

5. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад. Вставить мундштук ингалятора пациенту в рот.

Попросить пациента плотно обхватить мундштук губами

6. Попросить пациента сделать глубокий вдох через рот, одновременно нажимая на дно баллончика, и задержать дыхание на 5-10 с

7. Извлечь мундштук ингалятора изо рта пациента.

Попросить пациента сделать спокойный выдох.

Перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком

8. Проконтролировать самостоятельное выполнение процедуры пациентом с действующим ингалятором

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию мундштука использованного ингалятора. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

процедуры

Обеспечение попадания лекарственного вещества как можно глубже в дыхательные пути

Обеспечение лучшего доступа лекарственного вещества.

Снижение потерь средства
Введение лекарственного вещества в дыхательные пути.
Обеспечение достижения терапевтического эффекта

Завершение процедуры.

Обеспечение эффективного хранения

Контроль сформированных знаний и умений

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТУ СУППОЗИТОРИЯ

СО СЛАБИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Цель: лечебная.

Показания: назначение врача.

Оснащение: перчатки, суппозиторий, клеенка, пеленка, туалетная бумага, ширма, дезинфицирующий раствор.

Противопоказания: определяет врач.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Подготовить необходимое оснащение

5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Профилактика

II. Выполнение процедуры

1. Взять упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать название, отрезать от ленты одну свечу
2. Отгородить пациента ширмой (если в палате присутствуют другие пациенты)
3. Помочь пациенту лечь на бок и согнуть ноги в коленях
4. Вскрыть упаковку с суппозиторием. Если упаковка мягкая, то суппозиторий из оболочки не извлекать!
5. Попросить пациента расслабиться. Развести ягодицы пациента одной рукой, а другой ввести в анальное отверстие суппозиторий, продвинув его за наружный сфинктер прямой кишки. Оболочка остается в руке медсестры
6. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение. Убрать ширму
7. Спросить пациента о самочувствии

внутрибольничной инфекции

Предупреждение ошибочного введения лекарственного препарата

Соблюдение прав человека

Соблюдение правил введения лекарственного вещества
Предупреждение таяния свечи

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение физиологического комфорта.
Соблюдение правил введения суппозитория
Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Снять перчатки и замочить их в дезинфицирующем растворе с последующей утилизацией. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента
3. Спросить пациента через несколько часов, была ли у него дефекация
4. Сделать запись о результате

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода
Оценка эффективности процедуры
Обеспечение преемственности сестринского ухода

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ИЗ АМПУЛЫ

Цель: выполнить инъекцию.

Показания: инъекционные способы введения лекарственных растворов.

Оснащение: стерильный шприц в собранном виде, стерильный лоток, емкость для использованного материала, стерильный пинцет, тетрадь назначений процедурной сестры, лекарственные препараты в ампулах, пилочки, бикс со стерильным перевязочным материалом, спирт 70°, перчатки стерильные.

Этапы

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки
2. Взять ампулу, внимательно прочитать название

Обоснование

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
Предупреждение

лекарственного раствора, дозу, срок годности. Сверить с назначением врача	ошибочного введения лекарственного препарата
3. Переместить лекарственный раствор из узкой части ампулы в широкую. Для этого необходимо одной рукой взять ампулу за дно, а пальцами другой произвести легкие удары по узкому концу ампулы	Исключение потери лекарственного препарата
4. Надпилить ампулу в центре ее узкой части	Профилактика травматизма пальцев медсестры
5. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, место надпила и отломить конец ампулы в противоположную сторону. Выбросить шарик и осколки в емкость для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности пациента
6. Взять шприц в правую руку так, чтобы были видны деления. Захватить вскрытую ампулу между II и III пальцами левой рукой так, чтобы вскрытая часть была обращена внутрь ладони. Ввести иглу в ампулу. Перехватить шприц I, IV, V пальцами левой руки	Обеспечение эффективного проведения процедуры
7. Переместить правую руку на поршень и набрать нужное количество раствора. Следить, чтобы срез иглы был постоянно погружен в раствор	Исключение потери лекарственного препарата
8. Снять ампулу с иглы и поместить ее в нестерильный лоток	Обеспечение инфекционной безопасности пациента
9. Сменить иглу. Если игла однократного использования, надеть на нее колпачок. Вытеснить воздух из шприца в колпачок	Проверка проходимости иглы
10. Положить в стерильный лоток шприц, стерильные ватные шарики, смоченные спиртом. Накрыть все стерильной салфеткой, если шприц многоразовый. <i>Примечание: шприц можно поместить в крафт-пакет или упаковку от одноразового шприца</i>	

РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом (антибиотиком), растворитель (0,9 % раствор натрия хлорида, вода для инъекций), стерильный шприц с иглами, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, лоток, перчатки, пинцет, бикс со стерильными салфетками.

Этапы

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки
2. Прочитать надпись на флаконе (наименование, доза, срок годности)
3. Вскрыть нестерильным пинцетом алюминиевую крышку или снять пластиковую в центре флакона с лекарственным препаратом и растворителем
4. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, резиновую пробку флакона
5. Набрать в шприц нужное количество

Обоснование

- Обеспечение инфекционной безопасности, предохранение кожи рук сестры от контакта с лекарственным средством
- Исключение ошибочного введения лекарственного средства
- Обеспечение доступа к резиновой пробке. Профилактика повреждения иглы
- Снижение обсемененности пробки микроорганизмами
- Необходимое количество жидкости для

растворителя. Если ампулы с растворителем прилагаются к флакону с порошком, следует использовать одну из них *Примечание: при разведении антибиотиков на 0,1 г (100 000 ЕД) следует взять 1 мл или 0,5 мл растворителя*

6. Взять шприц в правую руку. Проколоть иглой резиновую пробку флакона, не касаясь порошка, и ввести растворитель

7. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, слегка встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка

8. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус

9. Набрать в шприц все содержимое флакона или его часть (количество определяется разовой дозой)

10. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса

11. Надеть и хорошо закрепить на подыгольном конусе иглу для инъекций

12. Поднять шприц строго в вертикальное положение. Выпустить через иглу 1-2 капли раствора в колпачок от одноразовой иглы

13. Положить в стерильный лоток шприц, ватные шарики, смоченные спиртом

растворения порошка указано в аннотации к препарату. Неправильно выбранный растворитель может изменить лекарственное средство и стать причиной аллергической реакции

Условия для введения растворителя во флакон. Обеспечение лечебной концентрации

Растворение в жидкости всего порошка, обеспечение набора в шприц необходимой дозы

Обеспечение забора содержимого из флакона

При разведении антибиотиков во флаконе может оказаться не одна разовая доза

Отсоединение пустого флакона

Для внутримышечной инъекции игла подбирается в зависимости от толщины подкожной клетчатки пациента и места инъекции

Проверка проходимости иглы для инъекции. Исключение загрязнения окружающей среды. Снижение риска развития аллергических реакций у сестры
Подготовка к инъекции. Обеспечение инфекционной безопасности

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: диагностическая. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: шприц вместимостью 1 мл с лекарственным препаратом (специально градуированный) и иглой 15 мм, стерильные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, емкости для дезинфекции использованного инструментария, пластиковый контейнер для дезинфекции игл (иглоотсекатель).

Место введения: средняя треть передней (внутренней, ладонной) поверхности предплечья.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт перед болезненностью инъекции, возможным инфицированием, аллергической реакцией; несоблюдение правил поведения после выполнения инъекции.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться.

Обоснование

Установление контакта с пациентом

Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Вымыть и осушить руки

5. Подготовить необходимое оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение, при котором хорошо доступна передняя поверхность предплечья

2. Надеть перчатки (если они уже надеты - обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)

3. Обработать место инъекции двумя шариками со спиртом. Мазки делать в одном направлении. Подождать, пока спирт высохнет

4. Растянуть кожу в месте инъекции, захватив ее в складку левой рукой со стороны, противоположной инъекции

5. Взять шприц в правую руку (I, III, IV пальцы на цилиндре, пятый палец придерживает поршень, второй палец - на канюле иглы, сбоку или сверху)

6. Ввести иглу срезом вверх под углом 0-5°, почти параллельно коже, так, чтобы срез иглы скрылся в толще эпидермиса

7. Перенести на поршень левую руку и, надавливая на него, ввести лекарственный препарат. *Примечание: на месте инъекции должно возникнуть уплотнение белесоватого цвета*

8. Извлечь иглу. К месту инъекции ничего не прикладывать. Объяснить пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода в течение 1-3 сут

9. Поместить шприц в лоток.

Внимание! Никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции

10. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение правильного положения руки во время инъекции

Создание защитного барьера для профилактики перекрестной инфекции

Профилактика постинъекционных осложнений

Облегчение введения иглы в кожу. Снижение болезненности прокола

Обеспечение правильного положения шприца во время инъекции

Обеспечение введения лекарственного препарата непосредственно внутрь кожи

Введение препарата

Обеспечение диагностической цели

Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников

Обеспечение психологически комфортного состояния.

Определение реакции пациента на процедуру

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства под кожу. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 1-2 мл с лекарственным веществом и иглой 20 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, емкости для дезинфекции использованного инструментария, пластиковый контейнер (иглоотсекатель) для дезинфекции и утилизации игл.

Места введения: наружная поверхность плеча, подлопаточная область, передненаружная поверхность бедра, переднебоковая поверхность брюшной стенки.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт из-за страха перед болезненностью инъекции, возможным инфицированием, аллергической реакцией; развитие инфильтрата.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на процедуру
4. Вымыть руки (гигиенический уровень)
5. Подготовить необходимое оснащение

- Установление контакта с пациентом
- Психологическая подготовка к манипуляции
- Соблюдение прав пациента
- Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
- Обеспечение эффективного проведения процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды
2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции
3. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)
4. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1-м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м - непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между IV и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть
5. Взять шприц в правую руку: указательным пальцем придерживать канюлю иглы; I, III, IV пальцами обхватывать цилиндр
6. I и II пальцами левой руки захватить кожу в месте

- Соблюдение правил выполнения инъекции
- Профилактика осложнений после инъекций
- Обеспечение инфекционной безопасности
- Профилактика постинъекционных осложнений. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики
- Обеспечение правильного положения шприца во время инъекции
- Обеспечение попадания

инъекции в складку и ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 15 мм. <i>Примечание: при введении масляных растворов потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь</i>	лекарственного средства в подкожную клетчатку. Профилактика медикаментозной эмболии
7. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя)	Уменьшение болезненности в месте введения
8. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу	Уменьшение болезненности в месте введения Улучшение всасывания лекарственного средства в месте инъекции. Профилактика образования гематомы
9. Провести легкий массаж места инъекции, не отнимая ватный шарик от кожи	
10. Поместить ватные шарики, шприц в лоток для использованного материала.	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников
Внимание! Никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!	
11. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария в соответствии с методическими указаниями. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности и травматизма
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. Особенности введения инсулина: вводить до еды, строго по часам; подсушить инъекционное поле после обработки его дезинфектантом; менять места инъекций для профилактики липодистрофии; после введения инсулина и перед извлечением иглы кожу пациента прижать *сухим* ватным шариком. Кожу не массировать!

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства в мышцу. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 1, 2, 5, 10 мл с лекарственным препаратом и иглой 4-6 см; стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, контейнеры с дезинфицирующим раствором для игл и шприцов.

Места введения: верхненаружный квадрант ягодицы, средняя и малая ягодичные мышцы, латеральная широкая мышца бедра (средняя часть), дельтовидная мышца.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит	Установление контакта с пациентом
---	-----------------------------------

Обоснование

пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Подготовить необходимое оснащение

5. Вымыть и осушить руки

Психологическая подготовка к манипуляции

Соблюдение прав пациента

Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

II. Выполнение процедуры

1. Спросить пациента, не нужно ли отгородить его ширмой. Помочь пациенту занять положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды

Соблюдение прав человека.

Соблюдение правил выполнения инъекции

2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции

Профилактика осложнений после инъекций

3. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)

Обеспечение инфекционной безопасности

4. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1-м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м - непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между IV и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть

Профилактика

постинъекционных осложнений.

При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики

5. Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, I, II, III, IV пальцы обхватывают цилиндр

Исключение падения иглы.

Обеспечение правильного положения шприца во время процедуры

6. I и II пальцами левой руки растянуть кожу в месте инъекции и зафиксировать ее. Под углом 90° к поверхности кожи уверенным движением ввести иглу в мышцу, оставив над поверхностью кожи 3-5 мм иглы

Снижение болезненности прокола

7. Перенести левую руку на поршень. Потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь

Профилактика медикаментозной эмболии

8. Нажать левой рукой на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя)

Снижение болезненности при введении препарата

9. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу

Снижение болезненности при извлечении иглы

10. Поместить шприц в лоток.

Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников

Внимание! В палате никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!

Улучшение всасывания

11. Не отнимая ватный шарик от кожи, провести легкий массаж места инъекции

лекарственного средства в месте инъекции. Профилактика образования гематомы

12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

Обеспечение психологически комфортного состояния.

Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание:

Место инъекции: верхненаружный квадрант ягодицы; дельтовидная мышца плеча; латеральная широкая мышца бедра.

Положение пациента: на животе или на боку; лежа или сидя, рука расслаблена, согнута в локтевом суставе; лежа на спине со слегка согнутой ногой.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственных веществ при оказании экстренной помощи; введение препаратов, действие которых более эффективно при внутривенном вливании. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 20 мл с лекарственным веществом и иглой 40 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, венозный жгут, клеенчатая подушка, маска, стерильные салфетки, контейнеры с дезинфицирующим раствором для игл (иглоотсекатель) шприцев и использованного материала, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Место введения: вены локтевого сгиба, вены предплечья, тыльной поверхности кисти и височной области (у детей и младенцев).

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт, страх перед возможным инфицированием, аллергической реакцией.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

Этапы

Обоснование

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на процедуру

Психологическая подготовка к манипуляции
Соблюдение прав пациента
Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

4. Вымыть и осушить руки

5. Подготовить необходимое оснащение. Особое внимание обратить на отсутствие воздуха в шприце и проходимость иглы. Для проверки проходимости иглы следует расположить шприц вертикально и нажимать на поршень левой рукой до появления первой капли лекарственного препарата на конце иглы. Нажимая левой рукой на поршень дальше, необходимо вытеснить воздух до появления первой капли лекарственного раствора

Обеспечение эффективного проведения процедуры.
Профилактика воздушной эмболии

II. Выполнение процедуры

Обеспечение доступа к месту инъекции

1. Помочь пациенту занять положение лежа на спине

или сидя, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды

2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции

3. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку

4. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом) и маску

5. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля - вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!).

Примечание: при применении специальной венозной манжеты защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока

6. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки

7. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым - непосредственно место инъекции

8. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца

Этапы

9. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее. Не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене

10. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену до возникновения ощущения «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении

11. Убедиться, что игла в вене. Для этого необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя - в шприце должна появиться кровь

12. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать кулак. Проверить, не вышла ли игла из вены. *Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка*

13. Не меняя положения шприца, опять перенести левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно

Профилактика постинъекционных осложнений

Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом

Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью.

Определение наиболее удобной для инъекции вены

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики

Обеспечение фиксации иглы и управления ею

Обоснование

Обеспечение выполнения техники двухмоментного пунктирования вены

Исключение выхода иглы из вены или прокола нижней стенки вены

Профилактика постинъекционных осложнений

Обеспечение восстановления венозного кровотока

Профилактика воздушной эмболии и других осложнений. Исключение

<p>вести лекарственный раствор, оставив в шприце 1-2 мл. Во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано</p> <p>14. Следить за общим состоянием пациента и местом инъекции во время введения раствора</p> <p>15. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой не менее 5 мин</p> <p>16. Положить шприц в лоток.</p>	<p>прокола второй стенки вены, выхода иглы из вены</p> <p>Профилактика осложнений</p> <p>Профилактика постинъекционных осложнений</p> <p>Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников</p> <p>Обеспечение психологически комфортного состояния.</p> <p>Определение реакции пациента на процедуру</p>
<p>Внимание! В палате никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!</p> <p>17. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально</p>	

III. Окончание процедуры

<p>1. Провести дезинфекцию и утилизацию перевязочного материала и одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки</p> <p>2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p> <p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>
--	--

ЗАПОЛНЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ

Цель: введение инфузионных и трансфузионных сред. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: стерильная одноразовая система, стерильные лотки, ножницы, ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, флаконы с инфузионными растворами, лейкопластырь, бикс со стерильным перевязочным материалом, перчатки, стойка.

Условия: заполнение системы проводят после установления контакта с пациентом и получения от больного или его родственников согласия (только в экстренной ситуации можно обойтись без такового) на процедуру.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Вымыть и осушить руки
2. Подготовить необходимое оснащение. Подобрать нужную систему. Проверить срок годности и герметичность упаковки. Прочитать надпись на флаконе с инфузантом, уточнить срок годности, оценить визуально внутреннее содержимое пакета или флакона (цвет, осадок, прозрачность)

II. Выполнение процедуры

1. Вскрыть и обработать крышку флакона или пакета ватным шариком. Вскрыть пакет и выложить инфузионную систему в стерильный лоток
2. Снять колпачок с иглы воздуховода. Ввести иглу до упора в пробку флакона (пакета), закрепить свободный конец воздуховода вдоль флакона (это можно сделать

Обоснование

- Обеспечение инфекционной безопасности
- Обеспечение эффективности выполнения процедуры и безопасности пациента.
- Профилактика постинфузионных осложнений
- Обеспечение инфекционной безопасности
- Обеспечение поступления инфузионного раствора в систему во время процедуры

аптечной резинкой).

Примечание: в некоторых системах отверстие для поступления воздуха находится непосредственно в капельнице; нужно открыть заглушку, закрывающую это отверстие

3. Закрывать зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести ее в пробку флакона

4. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.

Привести капельницу-фильтр в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема.

Примечание: можно заполнить капельницу другим способом, просто надавив 2-3 раза на ее корпус и добившись полного погружения фильтра в жидкость для вливания

5. Закрывать зажим и вернуть капельницу в исходное положение; фильтр должен оставаться полностью погруженным в жидкость для вливания

6. Снять колпачок с иглы для инъекций. Открыть зажим и медленно заполнить трубку до полного вытеснения воздуха и появления раствора из инъекционной иглы, закрыть зажим. Надеть колпачок на иглу. *Примечание: при заполнении безыгольной системы капли инфузанта должны показаться из соединительной канюли*

7. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке системы

III. Окончание процедуры

1. Положить в стерильный лоток или упаковочный пакет ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, стерильную салфетку. Приготовить и поместить на верхнюю часть стойки две полоски узкого (1 см) лейкопластыря длиной 4-5 см

ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИИ

Цель: введение инфузионных и трансфузионных сред. **Показания:** определяет врач.

Оснащение: смонтированная и заполненная инфузионной средой система на штативе, стерильный лоток, ватные шарики, смоченные антисептиком, жгут, клеенчатая подушка, перчатки, лейкопластырь, пакеты для сбора и емкости для дезинфекции использованного инструментария и перевязочного материала.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Убедиться в наличии информированного согласия на предстоящую процедуру, в случае его отсутствия уточнить дальнейшие действия у врача

2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь

3. Вымыть руки или обработать их антисептиком

Выведение раствора из флакона

Обеспечение заполнения системы лекарственным раствором

Профилактика постинфузионных осложнений

Проверка проходимости иглы для инъекции. Предупреждение инфицирования иглы

Профилактика воздушной эмболии

Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение фиксации иглы в вене

Обоснование

Обеспечение прав пациента

Обеспечение комфорта и непрерывности инфузии при длительном выполнении

Обеспечение инфекционной

4. Заполнить систему и поместить ее на штатив так, как указано выше. Доставить необходимое оснащение в палату, если вливание проводится не в процедурном кабинете

безопасности

Обеспечение технологии проведения процедур

5. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение, соответствующее его состоянию. Подложить ему под локоть клеенчатую подушку

Обеспечение возможного комфорта пациенту.

Профилактика осложнений при внутривенном введении растворов

Обеспечение инфекционной безопасности. Защита рук сестры от попадания на них лекарственного препарата

6. Надеть маску и перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Наложить жгут в средней трети плеча (поверх рубашки или салфетки) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!).

Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом

Примечание: при применении специальной венозной манжеты защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока

2. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки

Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для пункции вены

3. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым - непосредственно место пункции. Поместить использованные шарики в лоток или непромокаемый пакет

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

4. Снять колпачок с иглы для инъекции и поместить его в фиксатор. Срез иглы должен «смотреть» на медсестру. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки по направлению к периферии и прижать ее. Держа иглу правой рукой срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене

Обеспечение выполнения техники двухмоментного пунктирования вены

5. Слегка изменить направление иглы и продолжать ее осторожное продвижение (по-прежнему фиксируя вену левой рукой) до возникновения ощущения «попадания в пустоту».

Выполнение процедуры и предупреждения прокола вены

Примечание: можно пользоваться одномоментным способом, одновременно пунктируя кожу и подлежащую вену

6. При появлении крови в системе развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить

Обеспечение технологии выполнения процедуры

больного разжать кулак.

Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка

7. Открыть зажим. Отрегулировать скорость поступления инфузанта винтовым или другим регулятором скорости (согласно назначению врача)

8. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть ее стерильной салфеткой

9. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки

10. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания

11. Надеть перчатки. Перекрыть систему, когда в ней останется незначительное количество раствора.

Примечание. При введении лекарственных растворов из нескольких флаконов необходимо сделать следующее:

когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, нужно закрыть винтовой зажим, извлечь из флакона воздуховод и ввести в пробку второго флакона, заранее укрепленного на штативе; затем быстро переставить иглу для присоединения к флакону на короткой части системы и открыть винтовой зажим.

Отрегулировать скорость поступления капель

12. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить пациента держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин

13. Вставить иглу в фиксатор для колпачка, при его отсутствии надеть колпачок на иглу, используя метод «ковша»

14. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

III. Окончание процедуры

1. Поместить использованную систему в непромокаемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет, если вливание проводилось в палате. Провести дезинфекцию и утилизацию использованных шариков, салфеток, иглы и инфузионной системы в соответствии с методическими указаниями

2. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть и осушить руки

3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение поступления раствора в вену. Обеспечение скорости введения препарата
Обеспечение лучшей фиксации иглы в вене. Предупреждение инфицирования места прокола
Профилактика внутрибольничной инфекции

Профилактика осложнений

Профилактика осложнений.
Обеспечение эффективного выполнения процедуры

Профилактика развития гематомы

Обеспечение инфекционной безопасности и профилактика травматизма медицинской сестры

Профилактика осложнений.
Обеспечение психологической безопасности. Определение реакции пациента на процедуру

Обеспечение инфекционной безопасности и предупреждение травматизма медицинского персонала

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Цель: освобождение нижних отделов толстого кишечника от каловых масс.

Показания: запор, отравления, подготовка к операции, родам, абортam, исследованиям, к постановке лекарственной или капельной клизмы.

Оснащение: кружка Эсмарха (лучше одноразовая), стерильный наконечник (в упаковке), вазелин, шпатель, марлевые салфетки, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), перчатки, клеенка, пеленка, штатив (в лечебном учреждении), емкость с дезинфектантом, фартук, ширма, термометр.

Противопоказания: колиты, эрозии, язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

Место проведения: палата, клизменная.

Возможные проблемы пациента: психологический дискомфорт, связанный с вторжением в суперинтимную зону, страх, связанный с возможным неудержанием данного объема жидкости.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента

4. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате

Обеспечение психологического комфорта

5. Подготовить оснащение

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук

7. Собрать систему для постановки клизмы: вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха. Закрыть вентиль, налить в кружку 1-1,5 л воды, укрепить кружку на штативе на высоте 1 м над уровнем кушетки. Объем жидкости зависит от возраста пациента (до 3 мес - 50-60 мл; до 12 мес - 100-150 мл; до 2 лет - 200 мл; от 2 до 9 лет - до 400 мл; от 9 лет - 500 мл и более)

Обеспечение условий для поступления жидкости в прямую кишку

8. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник. Закрыть вентиль (вместо вентиля можно использовать зажим)

Вытеснение воздуха из системы и проверка ее проходимости

9. Смазать наконечник вазелином.

Примечание: температура воды зависит от конкретной цели постановки клизмы; при атонических запорах 16-20 °С; при спастических 37-38 °С; в остальных случаях 23-25 °С (холодная вода стимулирует перистальтику кишечника; теплая вода уменьшает спазм гладкой мускулатуры и способствует опорожнению кишечника; вода индифферентной температуры разжижает каловые массы и вызывает перистальтику)

Облегчение введения наконечника в прямую кишку

10. Положить на кушетку клеенку, свисающую в таз, и пеленку (при неудержании воды она будет стекать в таз, не загрязняя окружающую среду)

Обеспечение гигиеничности процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на левый бок,

Расположение пациента с учетом анатомических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Обеспечение допустимого положения для

слегка согнуть ноги в коленях и подвести к животу.

выполнения данной процедуры

Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»

2. Развести ягодицы пациента I и II пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его вращательными движениями вначале по направлению к пупку (3-4 см), а затем параллельно копчику на глубину 8-10 см (глубина введения наконечника определяется возрастом больного и варьирует от 2-3 см у новорожденных до 12-15 см у взрослых)
3. Приоткрыть вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник
4. Предложить пациенту расслабиться и медленно глубоко дышать животом, поглаживая его против часовой стрелки
5. Следить за уровнем убывающей жидкости. Если вода не поступает в кишечник, поднять кружку выше, чем на 1 м, или изменить положение наконечника. При отсутствии результата заменить наконечник. При неудержимых преждевременных позывах на дефекацию опустить кружку Эсмарха ниже.

Профилактика травмы и обеспечение эффективности процедуры

Предупреждение неприятных ощущений у пациента

Обеспечение удержания жидкости

Учет возможности того, что отверстие наконечника засорится каловыми массами или упрется в стенку кишки. Снижение скорости введения жидкости и давления ее на стенки кишки

Примечание: менять высоту кружки можно неоднократно

6. Предложить пациенту глубоко дышать и поглаживать живот против часовой стрелки
7. Закрывать вентиль после введения жидкости. Осторожно извлечь наконечник, отсоединить его от системы и положить в емкость с дезинфектантом
8. Предложить пациенту лечь на спину и глубоко дышать, чтобы на какое-то время задержать воду в кишечнике (лучше на 5-10 мин)
9. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до унитаза, при неудержимом позыве на дефекацию подложить судно
10. Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии)
11. Предоставить пациенту возможность подмыться или подмыть его в случае необходимости
12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

Улучшение поступления воды в кишечник за счет изменения внутрибрюшного давления

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение разжижения каловых масс и начала перистальтики

Обеспечение физической безопасности. Исключение загрязнения окружающей среды

Оценка эффективности процедуры

Обеспечение физической и психологической безопасности

Обеспечение физического и психологического комфорта.

Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Погрузить в емкость с дезинфектантом использованный инструментарий, обработать и утилизировать одноразовый в соответствии с методическими рекомендациями. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СИФОННАЯ КЛИЗМА

Цель: лечебная и диагностическая (процедура выполняется двумя людьми). **Показания:** неэффективность других клизм при запорах, отравление, кишечная непроходимость.

Оснащение: система для сифонной клизмы: два стерильных толстых желудочных зонда диаметром 0,8-1 см, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец у одного зонда срезан), стеклянная воронка 0,5-1 л, 10 л воды t 37-38 °С, ведро, кувшин или кружка, емкость для промывных вод (таз), перчатки, непромокаемый фартук, вазелин, шпатель, туалетная бумага, клеенка, пленка.

Противопоказания: колиты, эрозии и язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

Условие: в случае кишечной непроходимости процедура выполняется в присутствии врача.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и предстоящую процедуру

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить оснащение

Обеспечение проведения процедуры

5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Застелить простыню, покрывающую кушетку, клеенкой таким образом, чтобы она свисала в таз. Поверх клеенки постелить небольшую пленку (при неудержании вода будет стекать в таз)

Обеспечение гигиеничности процедуры

2. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на кушетку на левый бок. Предложить согнуть ноги в коленях и слегка подтянуть их к животу

Облегчение введения зонда и воды

3. Смазать слепой конец зонда вазелином

Облегчение введения зонда в кишечник; предупреждение возникновения у пациента неприятных ощущений

4. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30-40 см: первые 3- 4 см - по направлению к пупку, далее - параллельно позвоночнику

Обеспечение возможности эффективного проведения процедуры с учетом анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки

5. Присоединить к свободному концу зонда воронку. Держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента. Налить в нее из кувшина по боковой стенке

Предупреждение попадания воздуха в кишечник

1 л воды

6. Предложить пациенту глубоко дышать. Поднять воронку на высоту 1 м. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее над тазом ниже уровня ягодиц пациента, не выливая воду до тех пор, пока воронка не будет заполнена целиком

7. Слить воду в приготовленную емкость (таз для промывных вод).

Примечание: первые промывные воды могут быть собраны в емкости для исследования

8. Заполнить воронку следующей порцией и поднять вверх на высоту 1 м. Как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее вниз. Подождать, пока она наполнится промывными водами и слить их в таз. Повторить процедуру многократно до появления чистых промывных вод, используя все 10 л воды

9. Отсоединить воронку от зонда по окончании процедуры, при необходимости оставить зонд в кишечнике на 10 мин

10. Вывести зонд из кишечника медленными поступательными движениями, пропуская его через салфетку

11. Погрузить зонды и воронку в емкость с дезинфектантом

12. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин - в направлении спереди назад) или подмыть пациента в случае его беспомощности

13. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально

14. Транспортировать пациента в палату

III. Окончание процедуры

1. Вылить промывные воды в канализацию, при наличии показаний провести предварительную дезинфекцию. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение контроля за поступлением воды в кишечник и выведением ее обратно

Обеспечение возможности исследования промывных вод, проводящегося только по назначению врача

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение окончательного выведения газов или жидкого содержимого из вышележащих отделов кишечника

Обеспечение безопасности пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации кожи промежности

Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
Обеспечение безопасности пациента

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

КЛИЗМА МАСЛЯНАЯ ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ

Цель: лечебная.

Показания: неэффективность очистительной клизмы при упорных спастических запорах, хронические воспалительные, язвенные процессы в толстой и прямой кишке, состояние после родов, операций на органах брюшной полости.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, стерильный резиновый наконечник или катетер, шпатель, вазелин, масло (вазелиновое, растительное) 50-100 мл (по назначению врача), перчатки, туалетная бумага, клеенка, пеленка, ширма (если процедура выполняется в палате), лоток.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, неясные боли в животе.

Место проведения: палата, клизменная, на дому.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|--|--|
| 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры | Психологическая подготовка к манипуляции |
| 3. Получить согласие пациента на проведение процедуры | Соблюдение прав пациента |
| 4. Подготовить оснащение. Поместить флакон с маслом в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С | Обеспечение необходимых условий для проведения процедуры (теплое масло, не раздражая кишечник, обволакивает и разжижает каловые массы) |
| 5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки | Профилактика внутрибольничной инфекции |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|---|---|
| 1. Отгородить пациента ширмой. Уложить его на левый бок, постелить под ягодицы клеенку, а на нее - пеленку. <i>Примечание: при невозможности уложить больного на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i> | Обеспечение введения масла на достаточную глубину. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры |
| 2. Смазать вазелином и ввести резиновый наконечник в прямую кишку на 10-15 см | Обеспечение эффективности процедуры |
| 3. Набрать в резиновый баллон необходимое количество (по договоренности с врачом) подогретого масла. Присоединить грушевидный баллон к резиновому наконечнику и медленно ввести масло, сжимая баллон в руке. | Обеспечение эффективности процедуры при медленном введении теплого раствора |

Примечание: при введении 50 мл масла лучше использовать катетер со шприцем Жане

- | | |
|---|--|
| 4. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от резинового наконечника (катетера) | Исключение всасывания раствора в баллон |
| 5. Извлечь резиновый наконечник (катетер) и поместить его вместе с грушевидным баллоном в лоток для использованного материала | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 6. Обработать туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин - в направлении спереди назад), если пациент беспомощен, подмыть его | Предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации области промежности |
| 7. Разместить судно в доступном для лежащего пациента месте | Обеспечение комфортных условий при сильном желании опорожнить кишечник |
| 8. Убрать клеенку, пеленку. Снять перчатки, вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 9. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполняется в лечебном учреждении) | Обеспечение комфортных условий для сна (отдыха) |
| 10. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально | Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта |
| 11. Провести оценку эффективности процедуры через 6-10 ч - у пациента должен быть стул | Итоговая оценка достижения цели |

III. Окончание процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

КЛИЗМА ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ

Цель: лечебная.

Показания: атонические запоры, запоры на фоне отеков, повышение внутричерепного давления, стимуляция кишечника после операции.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, стерильный резиновый наконечник, катетер или газоотводная трубка, шпатель, вазелин, гипертонический 10 % раствор (натрия хлорида - 200 мл или 25 % раствор магния сульфата - 200 мл по назначению врача), туалетная бумага, перчатки, клеенка, пеленка, судно, лоток, ширма, емкость с дезинфектантом.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, неясные боли в животе, спастические запоры.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить оснащение. Поместить флакон с раствором в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С

Соблюдение необходимого условия для эффективного проведения процедуры. Исключение возможности преждевременной перистальтики в ответ на раздражение низкими температурами

5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)

Обеспечение психологического комфорта

2. Уложить пациента на левый бок. Подстелить под ягодицы пациента клеенку с пеленкой. Попросить согнуть ноги в коленях и слегка подтянуть их к животу.

Обеспечение эффективности процедуры. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры

Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, процедуру разрешается проводить в положении лежа на спине с согнутыми и разведенными в стороны ногами

3. Смазать вазелином и ввести резиновый

Обеспечение введения раствора на

наконечник (катетер или газоотводную трубку) в прямую кишку на 10-15 см	достаточную глубину
4. Набрать в грушевидный баллон (шприц Жане) необходимое количество теплого раствора (по согласованию с врачом). Присоединить грушевидный баллон к резиновому наконечнику (катетеру, газоотводной трубке) и медленно ввести раствор	Обеспечение эффективности процедуры
5. Отсоединить грушевидный баллон (не разжимая его) от наконечника (катетера, газоотводной трубки)	Предотвращение всасывания раствора обратно в баллон
6. Извлечь резиновый наконечник и поместить в лоток для использованного инструментария. Обработать анальное отверстие туалетной бумагой или салфеткой	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Предложить пациенту повернуться на спину и втянуть в себя прямой проход. Попросить задержать дефекацию на 20-30 мин	Обеспечение эффективного проведения процедуры
8. Напомнить пациенту, что он должен задержать раствор в кишечнике в течение 20-30 мин (время, необходимое для трансудации жидкости в просвет прямой кишки)	Контроль методики проведения процедуры
9. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
10. Убедиться, что процедура прошла успешно (должен быть обильный стул)	Оценка эффективности процедуры
11. Дать пациенту возможность провести туалет промежности и заднего прохода. Надеть перчатки и подмыть пациента, если он беспомощен, убраться судно	Обеспечение личной гигиены
12. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
13. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убраться ширму (если процедура выполняется в палате)	Обеспечение комфортных условий для отдыха
14. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально	Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ЛЕКАРСТВЕННАЯ МИКРОКЛИЗМА

Цель: лечебная (процедура представляет собой введение лекарственного средства в прямую кишку). **Показания:** определяет врач.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, резиновый наконечник или катетер, шпатель, вазелин, лекарственный препарат 50-100 мл, туалетная бумага, перчатки, клеенка, пеленка, ширма.

Механизм действия: местное воздействие на слизистую оболочку прямой и сигмовидной кишки; резорбтивное действие на организм.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

4. Сделать пациенту очистительную клизму за 20-30 мин до постановки лекарственной клизмы.
Примечание: при наличии противопоказаний к постановке очистительной клизмы провести процедуру после акта дефекации

Обеспечение возможности терапевтического эффекта

5. Подготовить оснащение. Поместить флакон с лекарственным препаратом в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С

Обеспечение эффективности процедуры (подогретый лекарственный препарат быстрее взаимодействует со слизистой оболочкой кишечника; при температуре раствора ниже 37 °С возникают позывы на дефекацию)

6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Отгородить пациента ширмой, уложить его на левый бок, подстелить под ягодицы клеенку, а на нее - пеленку.

Обеспечение эффективности процедуры. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры

Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»

2. Смазать вазелином и ввести резиновый катетер (газоотводную трубку) в прямую кишку на 15-20 см. *Примечание: небольшие объемы*

Обеспечивается введение лекарственного средства на достаточную глубину

лекарственных препаратов (20-50 мл) лучше вводить через катетер, так как в газоотводной трубке может остаться значительное количество препарата

- | | |
|--|--|
| 3. Набрать в шприц Жане (резиновый баллон) 50-100 мл теплого раствора (по согласованию с врачом). Присоединить шприц Жане к катетеру и медленно ввести препарат | Обеспечение эффективности процедуры. Профилактика усиления перистальтики |
| 4. Отсоединить шприц, извлечь катетер из кишечника. Поместить использованные инструменты в лоток | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 5. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия в направлении спереди назадводящих путей; обеспечение личной гигиены (у женщин) | Предупреждение инфекции мочевы- |
| 6. Убрать клеенку, пеленку. Поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки | безопасности |
| 7. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму, если она использовалась. Напомнить пациенту, что лучше не вставать в течение часа | Обеспечение эффективности процедуры |
| 8. Через час спросить пациента, как он себя чувствует | Определение реакции пациента на процедуру |

III. Окончание процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

КАПЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Цель: лечебная.

Показания: обезвоживание, интоксикация.

Оснащение: одноразовая капельная система (или резиновая кружка Эсмарха с фильтром-капельницей), зажим кровоостанавливающий, штатив-стойка, две грелки, лоток, вазелин, шпатель, клеенка, марлевые салфетки, пеленка, катетер или газоотводная трубка, емкость с дезинфектантом, ширма, термометр, перчатки, растворы для капельного введения: 0,9 % раствор натрия хлорида, 5 % раствор глюкозы (до 2 л), подогретый до температуры 40-42 °С.

Противопоказания: острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода, кровотечения из пищеварительного тракта, «острый живот», злокачественные новообразования прямой кишки, трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.

Возможные проблемы пациента: психологический дискомфорт, связанный с вторжением в суперинтимную зону; физический дискомфорт, вызванный длительностью процедуры.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на процедуру
4. За 20-30 мин до лекарственной клизмы поставить очистительную. Убедиться в ее эффективности
5. Вымыть и осушить руки
6. Подготовить оснащение. Поместить флакон с питательной жидкостью в «водяную баню» и подогреть его до 40-42 °С
7. Вскрыть одноразовую систему для капельного вливания, заполнить ее приготовленным раствором и закрепить флакон на штативе. Заменить иглу для вливаний на стерильный катетер или газоотводную трубку

II. Выполнение процедуры

1. Убедиться, что пациент не испытывает неприятных ощущений после постановки очистительной клизмы. Уложить пациента в постель, подложить впитывающую пеленку. Отгородить его ширмой

Обоснование

- Установление контакта с пациентом
- Психологическая подготовка к манипуляции
- Соблюдение прав пациента
- Обеспечение условий для всасывания лекарственного препарата
- Профилактика внутрибольничной инфекции
- Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
- Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
- Обеспечение психологической и физической безопасности

- | | |
|---|--|
| 2. Попросить пациента занять положение на левом боку, подвести ноги к животу | Обеспечение эффективности процедуры |
| 3. Надеть перчатки | Профилактика внутрибольничной инфекции |
| 4. Ввести обработанный вазелином слепой конец катетера на глубину 20-25 см | Обеспечение эффективности процедуры |
| 5. Соединить катетер с системой, открыть зажим и отрегулировать скорость поступления жидкости. Снять перчатки, вымыть руки. | Предупреждение растяжения кишки и обеспечение всасывания |

Внимание! Скорость поступления не должна превышать 60-80 капель в минуту

- | | |
|---|--|
| 6. Следить за состоянием пациента, скоростью поступления капель, герметичностью системы. Поддерживать температуру раствора с помощью грелок. Менять флаконы по мере необходимости | Обеспечение эффективности процедуры (объем клизмы определяется врачом) |
| 7. Надеть перчатки. Перекрыть систему и удалить катетер по окончании процедуры | Исключение загрязнения окружающей среды |
| 8. Предупредить пациента о необходимости соблюдения постельного режима в течение 20-30 мин | Обеспечение эффективности процедуры |
| 9. Спросить пациента о самочувствии | Определение реакции пациента на процедуру |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|--|
| 1. Проздезинфицировать использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

Цель: лечебная.

Показания: метеоризм (скопление газов в кишечнике).

Оснащение: газоотводная трубка, вазелин, марлевые салфетки, клеенка, пеленки, шпатель, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, туалетная бумага, судно, фартук.

Противопоказания: острые воспалительные и язвенные процессы в области прямой кишки и заднего прохода, злокачественные новообразования прямой кишки, трещины в области заднего прохода и выпадение прямой кишки, кровотечение из кишечника.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

4. Подготовить оснащение

Обеспечение эффективности процедуры

5. Вымыть и осушить руки. Надеть фартук и перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

II. Выполнение процедуры

1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)

Обеспечение психологического комфорта

2. Уложить пациента на левый бок, подложив под ягодицы клеенку и пеленку. Попросить пациента согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу.

Обеспечение эффективности процедуры

Примечание: если пациент не может лечь на бок, можно проводить процедуру в положении лежа на спине

3. Обработать слепой конец газоотводной трубки вазелином

Облегчение введения трубки, профилактика повреждения слизистой оболочки

4. Раздвинуть ягодицы I, II пальцами левой руки и ввести газоотводную трубку вращательными движениями на глубину 20-30 см, первые 3-4 см - вверх, по направлению к пупку, а затем - параллельно позвоночнику. Оставить снаружи 10 см

Снижение дискомфорта при введении. Обеспечение должной глубины введения взрослому (детям до 1 года трубка вводится на 5-8 см; от 1 до 3 лет - на 8-10 см, от 3 до 7 лет - на 10-15 см; старшим - 20-30 см)

5. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Можно завернуть наружный конец трубки в сложенную несколько раз пеленку и клеенку

Обеспечение инфекционной безопасности и физического комфорта

или поместить ее в полиэтиленовый пакет.

Примечание: из трубки могут вытекать жидкие каловые массы

6. Оставить трубку в кишечнике на 1 ч.

Примечание: новорожденным трубка ставится на 30 мин

7. Снять фартук, перчатки. Вымыть и осушить руки

8. Накрыть пациента простыней или одеялом

9. Контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 мин

10. Надеть перчатки, фартук и извлечь трубку, проводя ее через салфетку. Обработать туалетной бумагой или салфеткой анальное отверстие.

Поместить трубку и салфетку в лоток для использованного инструментария

11. Оценить эффективность процедуры, пользуясь субъективными и объективными показателями: *отсутствие жалоб пациента на дискомфорт и кишечные колики, отсутствие вздутия живота*

12. Помочь пациенту занять удобное положение, укрыть его. Спросить пациента о самочувствии в целом

III. Окончание процедуры

1. Убрать судно, поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок

2. Продезинфицировать использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового. Снять фартук и перчатки. Вымыть и осушить руки

3. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Профилактика пролежней в кишечнике

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение комфортного состояния
Исключение закупорки трубки каловыми массами

Профилактика инфицирования.
Обеспечение комфорта

Оценка качества оказанной помощи для принятия решения о повторном введении

Обеспечение физического и психологического комфорта.
Определение реакции пациента на процедуру

Обеспечение инфекционной безопасности

Профилактика внутрибольничной инфекции

Обеспечение преемственности ухода

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ЗАМЕНЕ АДГЕЗИВНОГО (КЛЕЯЩЕГОСЯ) КАЛОПРИЕМНИКА

Цель: профилактическая.

Показания: фекалии заполнили половину объема калоприемника, ощущение неудобства от ка-лоприемника.

Оснащение: емкость с крышкой (контейнер), чистый калоприемник, ножницы с одним закругленным и другим острым концом, бумажный или пластиковый пакет, салфетки марлевые (6-8 штук), мерка (трафарет) для проверки того, не изменился ли размер стомы, паста Лассара, эпилятор, фен, дезодорант, маленькое зеркальце, запасной зажим.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Пройти в ванную комнату или туалет. Вымыть руки
2. Подготовить оснащение: разложить на столике каждый предмет отдельно в необходимой последовательности

II. Выполнение процедуры

1. Подготовить чистый калоприемник: наложить шаблон на центральное отверстие пластины; ножницами увеличить центральное отверстие в соответствии с размером стомы (вырезанное отверстие на 3-4 мм превышает размер стомы).
2. Отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части (кожу не тянуть)
3. Поместить использованный калоприемник в пластиковый (бумажный) мешок
4. Осторожно протереть кожу вокруг стомы, используя сухие марлевые или бумажные салфетки. Промыть стому салфеткой, смоченной теплой водой. Другой салфеткой кожу промыть вокруг стомы
5. Промокнуть салфетками кожу вокруг стомы досуха (для высушивания можно применять фен)
6. Нанести защитный крем (пасту Лассара «Стомаге-зив»), дождаться полного его впитывания
7. Удалить оберточную бумагу с центрального отверстия калоприемника
8. Расположить центр отверстия над стомой (используйте зеркальце) и равномерно прижимать пластину (от стомы радиально к периферии) в течение 1 мин. Проверить качество присоединения пластины - она должна прилегать гладко, не образуя складок
9. Проверить расположение дренажного отверстия мешка: оно должно быть обращено вниз, а фиксатор - находиться в закрытом положении

Обоснование

Обязательное условие выполнения смены калоприемника: обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение эффективной процедуры

Обеспечение качественного выполнения алгоритма

Профилактика механической травмы кожи

Профилактика инфицирования

Обеспечение чистоты стомы и кожи вокруг нее

Обеспечение полного приклеивания калоприемника к коже

Профилактика раздражения и сухости кожи

Подготовка калоприемника

Обеспечение герметичного прилипания калоприемника к коже

Профилактика затекания фекалий в кишку, вытекания фекалий на одежду

III. Окончание процедуры

1. Провести утилизацию пластикового, бумажного мешка с использованным калоприемником и салфетками

Профилактика инфицирования

2. Убрать в контейнер оснащение для смены калоприемника. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

IV. Проблемы пациента и медсестры

Действия медсестры

1. Плохое приклеивание калоприемника к коже около стомы

Удостовериться, что кожа около стомы сухая и чистая. Прижать наклеиваемый пакет к коже теплой рукой и подержать минуту-другую для обеспечения хорошего наклеивания

2. Неправильно подобранный размер отверстия калоприемника

Вырезать отверстия в соответствии с размерами стомы

3. Изгибы или складки кожи в месте наклеивания кало-приемника

Рекомендовать другой тип калоприемника или применить специальные средства, исключающие подтекание

4. Раздражение кожи вблизи колостомы

Как можно быстрее обратиться к специалисту, чтобы выявить истинную причину раздражения и ликвидировать ее, не дожидаясь серьезных осложнений, требующих длительного лечения

5. Неподходящий угол наклеивания мешка

Объяснить пациенту следующее: если мешок ориентирован неправильно, вес его содержимого будет оказывать закручивающее действие на клеевую пластинку и способствовать ее скорейшему отклеиванию; каждый пациент должен определить свой угол наклеивания на основании индивидуальной конфигурации тела

6. Нерегулярное опорожнение калоприемника

Опорожнять калоприемник при заполнении его объема на треть или половину

7. Чрезвычайно высокая температура

Значительное повышение температуры тела или окружающего воздуха может привести к изменению структуры клеевого слоя - его «плавлению». Это случается в результате пребывания в очень жарком месте (например, в сауне) или при заболеваниях, сопровождающихся значительным повышением температуры. При возможности подобных ситуаций следует чаще менять калоприемник

8. Ненадлежащие условия хранения калоприемника

Хранить калоприемник следует в сухом прохладном месте во избежание изменения клеящих свойств

Действия медицинской сестры при стомах толстого кишечника:

1. Подготовка к процедуре:

- уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой;
- объяснить процедуру в целом пациенту или его семье. Объяснить каждый этап по мере его выполнения, позволяя пациенту задавать вопросы или выполнять любой из этапов процедуры;
- обеспечить возможность для соблюдения приватности — поставить ширму, помочь пациенту занять положение лёжа;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла и антисептика);
- подготовить необходимое оснащение и оборудование;
- обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента;
- приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2.5 - 3.5 см);
- использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами;
- надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник, одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом и измерить объём масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снятие калоприемника производить, начиная с верхнего края;
- сменить перчатки, поместив использованные в ёмкость для дезинфекции или

пакет для отработанных материалов;

- вымыть кожу вокруг стомы теплой водой и жидким мылом, очистив ее от остатков клея от предыдущего калоприемника;

- аккуратно очистить область стомы и кожи около стомы пациента водой с мягким (жидким) мылом, насухо промокнуть её салфеткой;

- проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или других изменений (*мокнутия*);

- снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции;

- обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки;

- обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковой мазью, стомагезином, пастой Лассара);

- снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы;

- приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже;

- приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже, в течение 1-2 минут прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы;

- аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового);

- при использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.

3. Окончание процедуры:

- снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции;

- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);

- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Действия медицинской сестры при промывании колостомы:

1. Подготовка процедуры:

- уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой;
- объяснить процедуру в целом пациенту или его семье;
- объяснить каждый этап по мере его выполнения, позволяя пациенту задавать вопросы или выполнять любой из этапов процедуры;
- обеспечить возможность для соблюдения приватности, если процедура проходит в положении лёжа;
- вымыть руки;
- надеть перчатки;
- налить в ирригационный контейнер 500 - 1000 мл тёплой воды;
- повесить этот контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой;
- помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на кровати и подложить судно;
- отсоединить и выбросить использованный калоприемник в мешок, ведро;
- вымыть кожу в области колостомы, как при замене калопремника;
- снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или пластиковый пакет;
- обработать руки антисептиком и надеть стерильные перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- наложить ирригационный «рукав» поверх стомы;
- смазать вазелиновым маслом катетер;
- осторожно ввести катетер в стому на глубину 5 - 10 см;
- расположить нижний край рукава в унитаз или судно;
- включить систему и удерживать ирригационный конец;
- проводить вливание в течение 10 - 15 минут;
- задержать ток воды, если пациент почувствует в животе схваткообразные боли или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых;
- вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или перегнуть его верхнюю часть, пока пациент сидит;
- промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его;
- попросить пациента походить 35 - 40 минут;
- удалить рукав и катетер, сбросить их в ёмкость для дезинфекции;
- обмыть кожу пациента вокруг стомы;

- закрепить новый калоприемник.

3. Окончание процедуры:

- снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Действия медицинской сестры при проведении бужирования стомы

1. Подготовка процедуры:

- уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменений плана ухода за стомой;
- объяснить процедуру в целом пациенту или его семье;
- объяснить каждый этап по мере его выполнения, позволяя пациенту задавать вопросы или выполнять любой из этапов процедуры;
- обеспечить возможность для соблюдения приватности, если процедура проходит в положении лёжа;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- надеть стерильные перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом;
- ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперёд и назад. Обработать кожу вокруг стомы;
- закрепить новый калоприемник.

3. Окончание процедуры:

- снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации

Уход за илеостомой. Действия медицинской сестры

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- подготовить все необходимое; - надеть нестерильные перчатки;
- помочь пациенту занять высокое положение (положение Фаулера) или попросить его встать, обернуть его простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля;
- приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на неё положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника;
- подготовить защитное приспособление для кожи с отверстием, строго соответствующим по диаметру отверстию стомы.

2. Выполнение процедуры:

- отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро;
- вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, насухо промокнуть её салфеткой;
- проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изъязвления;
- наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи или обработать кожу защитным препаратом (паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин);
- приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо Кагауа, подальше от свежих разрезов в коже. Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы;
- аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепить зажим.

3. Окончание процедуры:

- при необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника;
- поместить старый калоприемник в мешок, снять пеленку, обмыть принадлежности;
- использованный материал продезинфицировать;
- снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ

РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период, последовый период родов.

Оснащение: стерильный одноразовый набор для катетеризации мочевого пузыря, при отсутствии последнего - стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты - 2, подкладная клеенка и пеленка, лотки, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к ней обращаться. Объяснить пациентке цель и этапы проведения предстоящей процедуры. Получить ее согласие на проведение процедуры (если процедура проводится в палате, отгородить пациентку ширмой)

2. Подготовить оснащение

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку)

4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушки»). *Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра: сгибание ног обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре*

5. Подмыть пациентку

6. Снять перчатки и бросить в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Пинцетом в правой руке взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру движениями сверху вниз. При необходимости повторить процедуру. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария.

Обоснование

Психологическая подготовка пациентки к процедуре.
Мотивация к сотрудничеству.
Соблюдение прав пациентки на информацию

Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение доступа к уретре

Соблюдение необходимого условия проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Взять вторым пинцетом катетер (на расстоянии 5-6 см от бокового отверстия) как пишущее перо. Наружный конец катетера держать между IV и V пальцами

2. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом

Облегчение введения катетера.
Исключение травмы слизистой уретры

3. Развести I и II пальцами левой руки с помощью салфеток половые губы. Предложить пациентке сделать глубокий вдох и в этот момент ввести катетер в уретру на 3-4 см.

Снижение болезненности при введении катетера

Примечание: если вход в уретру определяется плохо, требуется консультация врача, так как вход в уретру может быть не виден вследствие атрофии влагалища, врожденной женской гипоспадии

4. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи и продолжать вводить его в уретру до появления мочи

Профилактика попадания мочи на окружающие предметы

5. Поместить пинцет в лоток для использованного материала

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Поместить катетер в лоток для использованного материала

Обеспечение промывания уретры остатками мочи

7. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Вылить мочу в унитаз, замерив ее количество при необходимости. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Помочь пациентке занять удобное положение. Накрыть ее. Удостовериться, что она чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась

Обеспечение инфекционной безопасности

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции на нее пациентки

Обеспечение преемственности ухода

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИНЫ

РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период.

Оснащение: стерильный одноразовый набор, при отсутствии такового - стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты - 2, лотки; подкладная клеенка и пеленка, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

- | | |
|---|---|
| 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой | Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию |
| 2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Подготовить оснащение | Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры |
| 4. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку). | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 5. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога») | Обеспечение доступа к уретре |
| 6. Подмыть пациента. Снять перчатки и бросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки | Обеспечение инфекционной безопасности |

II. Выполнение процедуры

- | | |
|--|--|
| 1. Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки | Обеспечение психологического комфорта пациента |
| 2. Взять половой член между III и IV пальцами левой руки, сдавить слегка головку, I и II пальцами отодвинуть крайнюю плоть | Обеспечение доступа к наружному отверстию мочеиспускательного канала |
| 3. Смочить с помощью пинцета марлевый тампон в растворе фурацилина и обработать им наружное отверстие мочеиспускательного канала и головку полового члена. | Обеспечение инфекционной безопасности |

Примечание: уретра обрабатывается сверху вниз, головка полового члена - по часовой стрелке

4. Поместить пинцет и тампон в лоток для использованного инструментария. Взять вторым стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между IV и V пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги) Обеспечение инфекционной безопасности
5. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом Облегчение введения катетера в мочеиспускательный канал
Учет анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин
6. Удерживая I-II пальцами левой руки головку полового члена, ввести в мочеиспускательный канал первые 4-5 см катетера Учет длины и анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин
7. Перехватить катетер пинцетом еще на 3-5 см от головки и медленно погружать его в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см. Левая рука при этом опускает половой член, как бы насаживая его на катетер Профилактика попадания мочи на окружающие предметы
8. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи Обеспечение промывания уретры остатками мочи
9. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком. После прекращения мочевыделения осторожно извлечь катетер Обеспечение инфекционной безопасности
10. Поместить катетер в лоток для использованного материала. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Мочу вылить в унитаз. Снять перчатки. Вымыть руки Обеспечение психологической безопасности
11. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента Обеспечение преемственности ухода

ПОСТАНОВКА И ФИКСАЦИЯ ПОСТОЯННОГО КАТЕТЕРА

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: острая и хроническая задержка мочи, недержание мочи, коматозное состояние.

Оснащение: стерильный катетер Фолея, лотки, пинцеты, стерильное вазелиновое масло, салфетки, шарики, шприц, перчатки, мочеприемник, лейкопластырь.

Обязательное условие: тщательное соблюдение асептики, ежедневное промывание мочевого пузыря, наличие закрытой герметичной системы для сбора мочи.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры, если он с нею не знаком. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

2. Подготовить оснащение

Необходимое условие проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности
Выполнение необходимого условия проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

4. Подмыть пациента

5. Убрать использованный инструментарий. Сменить перчатки. Надеть стерильные

II. Выполнение процедуры

1. Провести катетеризацию мочевого пузыря катетером Фолея (при его отсутствии можно использовать катетер Нелатона)

Катетер Фолея не требует фиксации лейкопластырем

2. Вывести мочу в лоток

Продолжение процедуры

3. Зафиксировать катетер, наполнить воздухом надувную манжету. Вскрыть стерильный шприц и наполнить его воздухом в объеме 2-3 мл. Соединить шприц с каналом воздуховода, который находится на наружном конце катетера Фолея. Ввести через порт катетера воздух в манжету. Снять шприц с воздуховода. Слегка потянуть катетер наружу, убедиться в том, что он зафиксирован

Манжета, заполненная воздухом, фиксирует катетер в мочевом пузыре, но не препятствует оттоку мочи

4. Соединить наружный конец катетера с мочеприемником (лучше градуированным). Можно прикрепить трубку катетера пластырем к бедру, не натягивая катетер

Облегчение подсчета диуреза. Обеспечение более комфортного состояния пациента

5. Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой. Не промывать! В случае непроходимости заменить на новый - стерильный

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Зафиксировать мочеприемник к кровати ниже ее плоскости

Обеспечение комфорта

7. Опорожнять мочеприемник, не нарушая целостности системы, через отводной порт

Обеспечение инфекционной безопасности

8. Дважды в сутки осматривать область уретры вокруг катетера и кожу промежности; обрабатывать промежность и 10 см проксимального участка катетера водой с жидким мылом, осушать полотенцем

Обеспечение возможности убедиться, что моча не подтекает. Обеспечение инфекционной безопасности

III. Окончание процедуры

1. Удалять катетер по истечении назначенного времени после удаления воздуха из надувной манжеты

Выполнение обязательного условия удаления катетера из мочевого пузыря

Дезинфицировать весь использованный инструментарий.

Обеспечение инфекционной безопасности

Утилизировать одноразовый после дезинфекции

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: удаление гноя, продуктов распада тканей, мелких камней и песка, подготовка к цистоскопии.

Оснащение: набор для подмывания, для катетеризации, стерильный лоток, 0,02 % раствор фура-цилина - 1 л при t 37-40 °С, стерильный одноразовый набор для промывания или шприц Жане или стеклянная кружка Эсмарха, перчатки стерильные и нестерильные, пеленка, салфетки, судно, водный термометр.

Противопоказания: свежие травмы уретры и мочевого пузыря, острый уретрит. **Обязательное условие:** процедура проводится при строгом соблюдении асептики.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры
2. Подготовить оснащение. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки
3. Подмыть пациента. Сменить перчатки
4. Провести катетеризацию мочевого пузыря
5. Определить количество выделенной по катетеру мочи и освободить лоток (вылить мочу в судно)

II. Выполнение процедуры

1. Набрать в шприц Жане теплый раствор антисептика в количестве 150-200 мл.

Примечание: можно заменить шприц Жане кружкой Эсмарха, заполнив ее 1 л одноименного раствора

2. Соединить шприц Жане со свободным концом катетера. Ввести раствор в мочевой пузырь, медленно надавливая на поршень
3. Отсоединить шприц от катетера и выпустить промывные воды в лоток
4. Следить за отхождением промывных вод по катетеру (возможно наличие хлопьев, мути, песка)
5. Набрать вторую порцию антисептика в шприц и ввести в мочевой пузырь. Повторить введение антисептика 4-5 раз.

Примечание: освободить лоток от промывных вод нужно по мере его заполнения, сливая их в судно

6. Удалить катетер из мочевого пузыря после выведения последней порции промывных вод. Поместить катетер в лоток для использованных инструментов. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально. По окончании процедуры предупредить пациента о соблюдении постельного режима на протяжении 30-60 мин

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки, вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обоснование

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию

Соблюдение необходимых условий проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

Соблюдение необходимого условия выполнения процедуры
Учет возможного изменения емкости пузыря в результате его стойкого сокращения или сморщивания

Обеспечение эффективности процедуры

Обеспечение эффективности процедуры
Обеспечение самостоятельного выхода промывных вод через катетер наружу

Осуществление контроля за ходом процедуры

Оценка критерия эффективности процедуры: таковым при наличии примесей служит появление чистых промывных вод

Обеспечение эффективности процедуры, профилактика инфицирования

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности ухода

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: скопление патологического содержимого (выпота) в плевральной полости, промывание полости, введение лекарственных препаратов.

Оснащение: очки, маска, стерильные перчатки, перевязочный материал, йод, 70 % раствор спирта, одноразовые шприцы и иглы, 0,25 % раствор новокаина, игла Дюфо, резиновая трубка с канюлей, зажим Мора, емкость для плевральной жидкости, пробирки, предметные стекла, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, аптечка анти-ВИЧ, нашатырный спирт, противошоковый набор, плевроаспиратор, резиновый фартук для врача, тонометр, фонендоскоп, подушка, пеленка, стул, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
I. Подготовка к процедуре		
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности	
3. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
4. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности	
II. Выполнение процедуры		
1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности пациента	Палатная медсестра
2. Доставить пациента в процедурный кабинет	Обеспечение физической безопасности пациента	
3. Измерить пациенту артериальное давление и пульс. Манжетку оставить на руке	Контроль гемодинамических показателей	
4. Уложить на спинку стула подушку. Помочь пациенту сесть лицом к спинке стула. Попросить его положить обе руки на подушку (поза первоклассника)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
5. Попросить пациента наклониться в сторону,	Обеспечение наиболее	

противоположную той, где намечена манипуляция. Попросить пациента положить руку со стороны манипуляции на противоположное плечо	удобного положения для манипуляции	
6. Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, подача инструментария, сбор материала на исследование)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
7. Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психической безопасности пациента	Все участники
8. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
9. Транспортировать пациента в палату на каталке. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента в течение 2-3 ч после пункции	Профилактика осложнений	Палатная медсестра
III. Окончание процедуры		
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
2. Доставить пробирки с материалом и направлением в лабораторию	Выполнение условий получения достоверного результата	Палатная медсестра
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода	

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ

ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: внутричерепное кровоизлияние, повышение внутричерепного давления, нейроин-фекция.

Оснащение: стерильные перчатки, 4-6 стерильных пробирок, 2 пункционные иглы Бира, манометрическая трубка для определения давления спинно-мозговой жидкости, эфир, йод, 0,5 % раствор новокаина, шприц, инъекционная игла, 70 % раствор спирта, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, стерильные пеленки, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
-------	-------------	-------------

I. Подготовка к процедуре в день перед манипуляцией

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
2. Вечером (если позволяет состояние пациента) поставить пациенту очистительную клизму	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
3. Вечером обеспечить проведение гигиенической ванны или гигиенического душа (если позволяет состояние пациента)	Обеспечение инфекционной безопасности	

II. Подготовка к процедуре в день манипуляции

1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала	Процедурная медсестра
2. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
3. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала	

III. Выполнение процедуры

1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности	Палатная медсестра
--	--	--------------------

2. Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение физической безопасности пациента	
3. Помочь пациенту лечь на кушетку (операционный стол) на левый бок (колени согнуты и подтянуты к животу)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
4. Ассистировать врачу при проведении пункции (подача инструментария, обработка операционного поля, проведение анестезии, измерение давления спинномозговой жидкости, сбор материала на исследование)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
5. Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психологической безопасности пациента	Все участники
6. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
7. Транспортировать пациента в палату на каталке в положении лежа на животе. Помочь пациенту лечь в постель в положении лежа на животе без подушки на 2- 3 ч. Обеспечить в течение 2-3 дней соблюдение пациентом постельного режима	Профилактика осложнений	Палатная медсестра
IV. Окончание процедуры		

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
2. Доставить пробирку с материалом и направлением в лабораторию	Выполнение условий получения достоверного результата	Палатная медсестра
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода	Палатная медсестра

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания крови и кроветворных органов.

Оснащение: стерильные перчатки, игла Кассирского, йод, 0,5 % раствор новокаина, стерильные шприцы и иглы, 70 % раствор спирта, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, стерильные пеленки, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
I. Подготовка к процедуре		
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности	
3. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
4. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности	
II. Выполнение процедуры		
1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности	Палатная медсестра
2. Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение физической безопасности пациента	
3. Уложить пациента на кушетку (операционный стол) на спину без подушки	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
4. Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, подача инструментария)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
5. Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психической безопасности пациента	Все участники
6. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
7. Сделать мазок костного мозга на стекле <i>как можно быстрее</i>	Обеспечение достоверного результата	
8. Транспортировать пациента в палату на каталке. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента в течение 2-3 ч после	Профилактика осложнений	Палатная медсестра

пункции

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
2. Доставить мазки с направлением в лабораторию	Выполнение условий получения достоверного результата	Палатная медсестра
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода	

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ

АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая. **Показания:** асцит.

Оснащение: стерильные перчатки, йод, 0,5 % раствор новокаина, 70 % раствор спирта, стерильные шприцы и иглы, ножницы, пинцет, 2 зажима, троакар, резиновый катетер, иглодержатель, режущая игла, шелк, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, 1-2 пробирки, клеенчатый фартук, полотенце или простыня, емкость для сбора асцитической жидкости, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
I. Подготовка к процедуре в день перед манипуляцией		
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и проведение предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
Вечером поставить пациенту очистительную клизму	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
II. Подготовка к процедуре в день манипуляции		
1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
2. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
3. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности	
4. Обеспечить опорожнение мочевого пузыря пациента перед процедурой	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Палатная медсестра
III. Выполнение процедуры		
1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности	
2. Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение физической безопасности пациента	
3. Помочь пациенту сесть на стул таким образом, чтобы его спина плотно прижималась к стенке стула (если пациент не может сидеть, пункция проводится в положении лежа на правом боку). Поставить	Обеспечение эффективного проведения процедуры	

между ног пациента емкость для сбора асцитической жидкости

4. Закрывать ноги пациента клеенчатым фартуком, конец которого опустить в таз

Обеспечение инфекционной безопасности

5. Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, прокол брюшной полости, сбор материала на исследование, наложение швов и асептической повязки)

Обеспечение эффективного проведения процедуры
Процедурная медсестра

6. Следить за состоянием пациента во время процедуры

Обеспечение физической и психологической безопасности пациента
Все участники

7. После начала выведения жидкости положить на живот больного выше места прокола сложенную в длину простыню (большое полотенце) и завязать ее за спиной пациента. По мере выведения жидкости постепенно стягивать простыню вокруг живота пациента

Профилактика развития кол-лаптоидного состояния
Палатная медсестра

8. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры

Обеспечение инфекционной безопасности
Процедурная медсестра

9. Транспортировать пациента в палату на каталке в положении лежа на спине с зафиксированной простыней или полотенцем. Обеспечить в течение дня соблюдение пациентом строгого постельного режима. Следить за состоянием повязки

Профилактика осложнений
Палатная медсестра

IV. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности
Процедурная медсестра

2. Доставить пробирку с материалом и направлением в лабораторию

Выполнение условий получения достоверного результата
Палатная медсестра

3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

«ПРАВИЛА И ТЕХНИКА ПОЛУЧЕНИЯ ПРОБ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛАБОРАТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ»

Для микробиологического исследования всех видов клинического материала необходимо:

- собирать материал в стерильную посуду с пробками, полученную в лаборатории;
- иметь спиртовку в клиническом отделении;
- соблюдать правила асептики при взятии пробы;
- брать материал для посева до начала специфической антибактериальной терапии или, по крайней мере, через 6-12 ч после последнего введения антибиотика;
- доставлять материал в лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы;
- в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию - вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала (кроме проб ликвора и крови) следует хранить в холодильнике при температуре 8-10 °С, затем передавать в лабораторию.

Недостаточно строгое соблюдение правил получения материала для микробиологического исследования приводит к ошибкам в определении возбудителя и его антибиотикочувствительности.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ЗАБОРА МАТЕРИАЛА

- Посуда, простерилизованная в бактериологической лаборатории, считается стерильной 3 сут.
- Любой материал нужно не только правильно взять, но и правильно хранить, если нет возможности доставить его в лабораторию.
- Направление на исследование должно быть четко заполнено, с указанием данных о больном, даты заболевания, забора материала, цели исследования.
- Материал следует транспортировать в специальных контейнерах.
- От соблюдения всех правил забора, хранения и доставки материала зависит выявление возбудителя заболевания.

СБОР МОКРОТЫ

- Мокроту собирают утром, после сна натощак, так как она более богата микрофлорой.

Пациент должен вечером почистить зубы, а утром тщательно прополоскать рот.

- Мокроту собирают в чистую (стерильную) баночку, плевательницу с закручивающейся пробкой или чашку Петри.
- Выделению мокроты способствует глубокий вдох и покашливание, которое пациент должен выполнять над раковиной.
- Мокроту следует доставлять в лабораторию немедленно, поскольку некоторые ее элементы, например опухолевые клетки, могут быстро разрушиться.
- При подозрении на туберкулез легких мокроту исследуют методом флотации, собирают утреннюю порцию в чистую сухую плевательницу; если же количество мокроты недостаточно, ее собирают в течение суток, храня в прохладном месте.
- Для бактериологического исследования и выявления чувствительности микрофлоры к антибиотикам пациент сплевывает мокроту в стерильную чашку Петри.

СБОР КАЛА

- Кал для исследования должен быть собран в чистую, сухую, достаточно просторную стеклянную посуду.
- Кал собирают сразу после дефекации, желательно в теплом виде, чтобы в нем не произошли изменения под действием ферментов и микроорганизмов.
- Кал для исследования лучше собирать после самостоятельного акта дефекации.
- Кал для исследования нельзя собирать после клизм, употребления слабительных, введения свечей, приема внутрь красящих веществ, касторового и вазелинового масла, белладонны, пилокарпина, железа, висмута, бария.

МАЗОК ИЗ ЗЕВА

Цель: диагностическая. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: шпатель, стерильные пробирки с пробками и с влажными ватными тампонами на деревянных или металлических палочках, штатив, спиртовка, спички, емкость с дезинфектантом.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: в халате, колпаке, маске, перчатках.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры.

Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка

Примечание: перед забором материала в амбулаторных условиях или экстренно в стационаре выяснить, когда ел и пил пациент, так как материал берется натощак или не ранее чем через 2 ч после еды, питья, полоскания горла (прием пищи, питье, полоскание частично удаляют микрофлору)

Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение эффективности дальнейших исследований

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры
4. Подготовить оснащение
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску

Соблюдение прав пациента
Обеспечение эффективного проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

II. Выполнение процедуры

1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и широко открыть рот; взять в левую руку пробирку и шпатель; придавить шпателем корень языка книзу и кпереди; правой рукой за пробку извлечь стерильный тампон из пробирки; осторожно, не касаясь слизистой оболочки полости рта и языка, провести стерильным тампоном по дужкам, нёбным миндалинам, задней стенке глотки (при подозрении на дифтерию снять налет на границе пораженного участка); извлечь тампон из полости рта. Обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее стенок; затушить спиртовку
2. Взятие мазков производить под визуальным контролем при достаточном освещении; на границе пораженного участка больше возбудителей

Выполнение условий, позволяющих правильно взять материал

Обеспечение эффективности процедуры

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария. Провести утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки
2. Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы.

Обеспечение инфекционной безопасности

Примечание: в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию - вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8-10 °С, затем передают их в лабораторию

Выполнение условий получения достоверного результата

3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности ухода

МАЗОК ИЗ НОСА

Цель: диагностическая. **Показания:** назначения врача.

Оснащение: стерильные пробирки с пробками и с ватными тампонами на деревянных или металлических палочках, штатив, спиртовка, спички, емкость с дезинфектантом.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: в халате, колпаке, маске, перчатках.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие на проведение процедуры

Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка. Соблюдения прав пациента

2. Подготовить оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску

II. Выполнение процедуры

1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову; взять в левую руку пробирку; указательным пальцем левой руки приподнять кончик носа пациента; вращательными движениями, плотно прикасаясь к стенкам, ввести тампон сначала в один носовой ход, затем в другой, на глубину 1,5-2 см; извлечь тампон из полости носа; обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее стенок; затушить спиртовку.

Выполнение условий, позволяющих правильно взять материал

Примечание: взятие мазков производится при достаточном освещении

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Подписать пробирки (правая/левая ноздря). Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы.

Выполнение условий получения достоверного результата

Примечание: в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию - вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8-10 °С, затем передают в лабораторию

3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности ухода

ЗАБОР КРОВИ ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

Цель: диагностическая. **Показания:** назначение врача.

Оснащение: одноразовые шприцы емкостью 10-20 мл, стерильные иглы для забора крови, штатив, стерильные ватные тампоны и салфетки, перчатки, маска, защитные очки, 70 % раствор этилового спирта, металлический контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, клеенчатая подушечка, жгут, емкость с дезраствором, аптечка анти-ВИЧ.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и суть проведения процедуры. Получить его согласие на нее

2. Вымыть и осушить руки

3. Подготовить необходимое оснащение

4. Помочь пациенту занять положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции.

Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды

5. Осмотреть и путем пальпации выбрать непосредственное место пункции.

Примечание: чаще используются вены локтевого сгиба, реже вены кисти или предплечья

6. Надеть маску, защитные очки, перчатки

II. Выполнение процедуры

1. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку

2. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или марлевую салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля - вниз, проверить пульс на лучевой артерии.

Примечание: при наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии; при применении специальной венозной манжеты зацепить на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс не должен исчезнуть после наложения жгута)

3. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений.

Примечание: все действия после наложения жгута следует выполнять быстро и последовательно: длительный стаз (1 мин) способен вызвать изменения концентрации белков на 5-15 %, газов крови, электролитов (K, Ca), билирубина, показателей коагулограммы

4. Обработать перчатки ватным шариком, смоченным спиртом.

Обработать область локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого

Обоснование

Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение доступа к месту инъекции

Профилактика осложнений

Обеспечение инфекционной безопасности
Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе

Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута

Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для пункции вены

Обеспечение инфекционной безопасности

сгиба, вторым - непосредственно место пункции	
5. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца	Обеспечение фиксации и управления иглой
6. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, не меняя положения шприца в руке, под углом до 30° пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене	Осуществление техники двухмомент-ной пункции вены
7. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы (примерно на 15°) и осторожно пунктировать вену, пока не возникнет ощущение «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении. <i>Примечание: можно использовать одномоментный способ пункции вены</i>	Профилактика выхода иглы из вены или прокола нижней стенки вены
8. Убедиться, что игла в вене: перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя - в шприце должна появиться кровь	Профилактика осложнений
9. Продолжая медленно тянуть на себя поршень, набрать в шприц необходимое количество крови. Следить за общим состоянием пациента.	
<i>Примечание: чересчур быстрое всасывание и использование игл слишком большого диаметра вызывает частичный гемолиз крови; применение закрытых вакуумных пробирок со специальными иглами заметно убыстряет процесс сбора крови и снижает риск гемолиза</i>	Обеспечение эффективности процедуры
10. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут, потянув за один из свободных концов. <i>Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка</i>	Восстановление венозного кровотока
11. Прижать, не надавливая на вену, к месту пункции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку пациента в локтевом суставе. Попросить пациента держать руку согнутой не менее 5 мин	Профилактика осложнений
12. Осторожно медленно выпустить кровь из шприца по стенке в пробирку. Поместить шприц в лоток для использованного материала. Закрыть пробирку резиновой пробкой	Профилактика гемолиза крови. Обеспечение инфекционной безопасности
13. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что наружное кровотечение в области пункции отсутствует. Забрать шарик, фиксирующий место пункции, и поместить его в дезраствор	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Обеспечить доставку крови в лабораторию	Обеспечение своевременной доставки в лабораторию

III. Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования клеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Критерии оценки и контроля качества выполнения

Наличие записи о выполнении

Своевременность выполнения и доставки в лабораторию Отсутствие осложнений Удовлетворенность пациента Достоверность результата исследования

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ В ВАКУУМНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ

Цель: диагностическая.

Оснащение: венозный жгут, вакуумная система для забора крови: вакуумная пробирка (1 и более), держатель, двухсторонняя игла (2-3), стерильные ватные тампоны, стерильные перчатки, контейнер для утилизации игл, маска, защитные очки, лоток, 70 % раствор этилового спирта (или другой кожный антисептик), контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, аптечка анти-ВИЧ, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента
Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

4. Вымыть и осушить руки

5. Подготовить необходимое оснащение. Оформить направления

Обеспечение эффективного проведения процедуры
Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

6. Надеть маску, защитные очки

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место пункции

Обеспечение доступа к месту инъекции. Профилактика осложнений

2. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку

Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе

3. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

4. Наложить венозную манжету в средней трети плеча, защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс на лучевой артерии не изменяется!). *Примечание: можно наложить одноразовый жгут*

Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом

5. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Поступательными движениями от периферии к центру помассировать предплечье пациента. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, плотность и подвижность

Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью

6. Обработать область локтевого сгиба ватными

Обеспечение инфекционной

шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обработать площадь локтевого сгиба, вторым - непосредственно место пункции	безопасности пациента и персонала
7. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок (зеленый, желтый, черный), правой вывернуть и снять белый защитный колпачок	Обеспечение безопасной технологии
8. Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить его до упора	Профилактика осложнений в процессе забора крови
9. Снять цветной защитный колпачок с другого конца иглы	Подготовка к пункции
10. Зафиксировать выбранную вену большим пальцем левой руки: потянуть кожу к периферии по ходу вены и прижать ее. Ввести систему держатель-игла в вену пациента, как это делается при обычной процедуре взятия крови шприцем.	Обеспечение технологии выполнения процедуры

Примечание: в этот момент кровь не проходит по игле, так как второй конец закрыт резиновой мембраной

11. Зафиксировать держатель левой рукой, правой взять пробирку и вставить ее крышкой в держатель	Профилактика выхода иглы из вены или прокола ее нижней стенки
12. Удерживать выступы держателя указательным и средним пальцем правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора (игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки, из-за чего образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены)	Обеспечение безопасности процедуры
13. Ослабить венозную манжету, нажав левой рукой на клапан замка, или ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку	Выполнение технологии процедуры
14. Извлечь пробирку из держателя после заполнения ее до необходимого объема (кровь поступает в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум)	Обеспечение эффективности процедуры
15. Перемешать содержимое пробирки (при использовании пробирок с добавками), аккуратно переверачивая ее нужное количество раз, и поставить в штатив.	Обеспечение достоверности результатов исследования
<i>Примечание: от момента наложения манжеты до перемешивания крови в пробирке должно пройти не более 2 мин</i>	
16. Вставить в держатель следующую пробирку. Повторить описанные в пунктах 14, 15 действия, меняя пробирки необходимое число раз (резиновая мембрана при снятии пробирки с иглы возвращается в исходное положение и перекрывает ток крови по игле)	Продолжение процедуры

17. Прижать к месту пункции шарик, смоченный спиртом, и извлечь держатель с иглой из вены после того, как заполнится последняя пробирка. Закрывать иглу (сразу же) защитным чехлом держателя или иглы
18. Поместить иглу с держателем в специальный контейнер. Попросить больного держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин
19. Поместить ватный шарик по прошествии положенного времени в контейнер с дезинфектантом или попросить пациента сделать это самостоятельно
20. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально
21. Промаркировать пробирки, установить их в контейнер с ячейками и отправить в лабораторию

Обеспечение инфекционной безопасности, профилактика травм

Профилактика осложнений

Обеспечение инфекционной безопасности

Профилактика и своевременная диагностика осложнений, обеспечение психологического комфорта пациента

Обеспечение доставки в лабораторию

III. Окончание процедуры

1. Снять и протереть очки, перчатки и маску, замочить в дезинфицирующем растворе. Утилизировать использованный инструментарий
2. Вымыть и осушить руки
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного

Обеспечение инфекционной безопасности (утилизация и дезинфекция вакуумных систем подобна утилизации одноразовых шприцев)

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Проблемы медсестры по ходу забора крови

Игла в вене, пробирка в держателе, кровь в пробирку не поступает. Причина: игла не попала в вену или пропунктировала ее насквозь

Действия медсестры

Вынуть пробирку из держателя. Благодаря эластичности пробки вакуум в пробирке полностью сохранится. Попытаться изменить положение иглы в вене, при отсутствии эффекта сменить иглу. Вынуть пробирку из держателя, подождать пока вена наполнится и снова вставить пробирку. Если предполагается исследование сыворотки и объем крови для него достаточен, ее можно использовать. Если в пробирке антикоагулянт, соотношение его с кровью будет нарушено, поэтому следует повторить забор в новую пробирку

Пробирка не заполнилась до указанного на этикетке объема. Причина: коллапс вены; в пробирку попал воздух (это возможно, если игла с надетой пробиркой находилась вне вены)

СБОР МОКРОТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: чистая сухая плевательница, бланки направлений.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
3. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры, особенности подготовки к ней. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы; утром, после сна, натощак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать мокроту в чистую сухую плевательницу (достаточно 5 мл); закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный ящик в санитарной комнате
4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты
5. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры
7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию

II. Выполнение процедуры

1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование
2. Доставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование

III. Окончание процедуры

1. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в медицинскую документацию

Обоснование

Учет особенностей процедуры

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата

Контроль сформированного уровня знаний и умений

Обеспечение информированности пациента

Соблюдение прав пациента

Обеспечение условий для проведения исследования

Обеспечение сбора материала

Обеспечение условий для проведения исследования

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: стерильная сухая плевательница (чашка Петри), бланки направлений.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
3. Объяснить пациенту цель, последовательность предстоящей процедуры и особенность подготовки к ней, обратив особое внимание на правила использования стерильной лабораторной посуды. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы; утром, после сна, натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой; вымыть руки; откашляться, открыть крышку плевательницы и сплюнуть мокроту в стерильную сухую плевательницу, не касаясь краев посуды ртом или руками, стараться не допускать попадания слюны. Сразу же закрыть крышку плевательницы и отдать ее медсестре
4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты
5. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры
7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию

II. Выполнение процедуры

1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование
2. Доставить плевательницу с материалом в бактериологическую лабораторию на исследование

III. Окончание процедуры

1. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обоснование

Учет особенностей процедуры

Установление контакта с пациентом

Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата

Контроль сформированного уровня знаний и умений

Обеспечение информированности пациента

Соблюдение прав пациента
Обеспечение условий для проведения исследования

Обеспечение сбора материала

Обеспечение условий для проведения исследования

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: чистая сухая емкость, бланки направлений.

Этапы	Обоснование	
I. Подготовка к процедуре	Учет особенностей процедуры	
1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером	Установление контакта с пациентом	
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес		
3. Объяснить пациенту цель и этапы проведения предстоящей процедуры и особенности подготовки к ней. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования, и утром, в день исследования, тщательно почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой; сплюнуть носоглоточную слизь и слюну; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать в емкость только содержимое дыхательных путей (мокроту); закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный ящик в санитарной комнате. <i>Примечание: если количество мокроты недостаточно, ее собирают в течение суток, ночью храня в прохладе и отправляя в лабораторию вместе с утренней порцией</i>		Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата
4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбору мокроты		Контроль сформированного уровня знаний и умений
5. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)		Обеспечение информированности пациента
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры		Соблюдение прав пациента
7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию		Обеспечение условий для проведения исследования
II. Выполнение процедуры	Обеспечение сбора материала	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования	
2. Доставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование		
III. Окончание процедуры	Обеспечение преемственности сестринского ухода	
1. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию		

Примечание. Если пациенту назначено исследование мокроты на посев бацилл Коха, то ее следует собирать в стерильную емкость и доставлять в бактериологическую лабораторию (раздел о сборе мокроты на бактериологическое исследование).

СБОР МОКРОТЫ НА ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ (АТИПИЧНЫЕ)

Цель: диагностическая. **Показания:** подозрение на злокачественное заболевание легких.

Оснащение: чистая сухая емкость, бланки направлений.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером

Учет особенностей процедуры

2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

3. Объяснить пациенту цель и суть проведения предстоящей процедуры (если он с нею не знаком), особенности подготовки к ней. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования перед сном тщательно почистить зубы; утром после сна натошак тщательно прополоскать рот кипяченой водой; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать мокроту в чистую сухую емкость; закрыть крышку и быстро отдать емкость медсестре

Психологическая подготовка к манипуляции (гигиена ротовой полости предохраняет от попадания микроорганизмов ротовой полости в мокроту)

4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты

Контроль сформированного уровня знаний и умений

5. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)

Обеспечение информированности пациента

6. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию

Обеспечение условий для проведения исследования

II. Выполнение процедуры

1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование

Обеспечение сбора материала

2. Доставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование как можно быстрее (атипичные клетки быстро разрушаются)

Обеспечение условий для проведения исследования

III. Окончание процедуры

1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая. **Показания:** заболевания желудочно-кишечного тракта.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость от 30 до 100 мл, шпатель, перчатки, направление.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре за 4-5 дней до исследования

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)

Обеспечение психологической подготовки к манипуляции. Обеспечение достоверности результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результата

3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 4-5 дней перед сбором кала диеты, назначенной врачом (диета Шмидта, Певзнера)

Обеспечение достоверности результатов исследования

4. Получить согласие пациента на процедуру

Соблюдение прав пациента

II. Подготовка к процедуре в день исследования

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

2. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры

III. Выполнение процедуры

1. Взять шпателем после акта дефекации 5-10 г фекалий (без примеси мочи) и поместить их в подготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. Вымыть руки (социальный способ)

Обеспечение достоверности результата.
Обеспечение инфекционной безопасности

2. Обеспечить доставку материала в клиническую лабораторию.

Обеспечение условий для проведения исследования

Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3-5° С не более 8 ч

IV. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая. **Показания:** кишечные инфекции; обследование.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом и стерильной металлической петлей (одноразовая стерильная трубка Циммана), перчатки, стерильный шпатель, пеленка (если процедура выполняется в постели); ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), клеенка, направление.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее

Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента

2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Подготовить необходимое оснащение. Поставить ширму (при необходимости)

Обеспечение эффективного проведения процедуры. Обеспечение психологического комфорта

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и притянутыми к животу ногами.

Учет анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Облегчение введения металлической петли

Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, то манипуляцию следует осуществлять в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами

2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее - впитывающую пеленку

Исключение загрязнения постели, обеспечение инфекционной безопасности

3. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки. Правой рукой взять из пробирки металлическую петлю и ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 8-10 см, собирая содержимое со стенок

Технология взятия материала

4. Извлечь петлю из прямой кишки и поместить в пробирку с консервантом, не касаясь наружной стороны пробирки и других предметов.

Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение достоверности результата

Примечание: в условиях стационара кал можно взять непосредственно из судна стерильным шпателем сразу после акта дефекации

5. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки и поместить их в контейнер с дезинфектантом. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму.

Обеспечение психического комфорта

7. Обеспечить доставку емкости с направлением в бактериологическую лабораторию.

Обеспечение условий для проведения исследования

Примечание: в некоторых случаях допускается хранение пробирки с консервантом в холодильнике при температуре 3-4 °С не более 12 ч

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Цель: диагностическая.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы кишечника, циррозы печени.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость, направление, шпатель, перчатки.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре за 3-5 дней до исследования

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки к манипуляции

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)

Обеспечение достоверности результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результата

3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 3-5 дней перед сбором кала диеты, в которой исключаются мясные и рыбные блюда, а также зеленые овощи, гранаты, яблоки, гречневая каша; нельзя принимать лекарственные препараты, содержащие железо, йод, бром, висмут

Обеспечение достоверности результатов исследования: содержащиеся в этих продуктах вещества могут приводить к ложноположительному результату

4. Уточнить у пациента или его родственников, нет ли у него другого источника кровотечения (десны, кровохаркание, геморрой, менструация), приводящего к ложноположительному результату. В случае положительного ответа дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии (в особых случаях следует проконсультироваться у врача)

Обеспечение достоверности результата исследования

5. Попросить пациента повторить всю информацию. При необходимости дать ему письменную инструкцию

Контроль уровня сформированности знаний. Обеспечение достоверности результата исследования
Соблюдение прав пациента

6. Получить согласие пациента на процедуру

II. Подготовка к процедуре в день исследования

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

2. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры

III. Выполнение процедуры

1. Взять шпателем после акта дефекации 5-10 г фекалий из нескольких мест и поместить их в приготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой

Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности

2. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. Вымыть руки (социальный способ)

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Обеспечить доставку емкости с направлением в клиническую лабораторию.

Обеспечение условий для проведения исследования

Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3-5 °С не более 8 ч

IV. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ПРОСТЕЙШИХ

Цель: диагностическая. **Показания:** амебиаз, лямблиоз.

Оснащение: флакон с консервантом (1/2 флакона), стерильные перчатки, шпатель, лейкопластырь, направление. **Противопоказания:** нет.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее

Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента

2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала

3. Подготовить необходимое оснащение

Обеспечение эффективного проведения процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Взять шпателем сразу после акта дефекации свежесвыделенный кал (1/3 от объема консерванта) и поместить его во флакон (простейшие при остывании кала теряют свою подвижность и быстро гибнут)

Обеспечение эффективности будущего исследования

2. Закрывать флакон пробкой и зафиксировать лейкопластырем

Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности

3. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Отнести флакон в теплом виде и направление в лабораторию не позднее, чем через 15-20 мин с момента дефекации (простейшие при остывании кала теряют свою подвижность и быстро гибнут)

Обеспечение эффективности будущего исследования

3. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ АНАЛИЗА НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Цель: диагностическая.

Показания: гельминтоз, обследование.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость с широким горлом, крышка, направление, деревянный шпатель, перчатки.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирают в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)
3. Получить его согласие
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки
5. Подготовить необходимое оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Взять шпателем после акта дефекации 5-10 г фекалий из разных мест и поместить их в приготовленную емкость. Закрывать емкость крышкой. *Примечание: в дни приема противоглистных препаратов на исследование доставляется вся порция кала*
2. Поместить шпатель в лоток для использованного материала с последующей дезинфекцией и утилизацией. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки
3. Прикрепить к емкости направление и доставить ее в лабораторию.

Примечание: допускается хранение материала в холодильнике при температуре 3-4 °С в течение 8-12 ч после дефекации

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Подклеить полученные результаты исследования в документацию.

Обоснование

Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции

Обеспечение достоверности результата

Соблюдение прав пациента
Обеспечение инфекционной безопасности
Обеспечение эффективного проведения процедуры

Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение доставки материала в лабораторию

Обеспечение инфекционной безопасности

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая. **Оснащение:** чистая сухая стеклянная емкость.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

Учет особенностей процедуры

1. Подготовку проводить накануне днем или вечером

2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Установление контакта с пациентом

3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры

Психологическая подготовка к манипуляции

4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: обучить пациента правилам предварительного ухода за посудой для сбора мочи (стеклянная банка и крышка должны быть вымыты содой - без мыла!); дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление

Обеспечение достоверности результата исследования.

Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию

5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: обучить пациента технике подмывания (утром перед исследованием обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении); обучить пациента технике сбора мочи для исследования (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее 100-200 мл мочи, закрыть банку крышкой); объяснить пациенту, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом. *Примечание: во время менструации анализ мочи в плановом порядке не собирается; в экстренных случаях по назначению врача моча может быть собрана с помощью катетера или после введения во влагалище ватно-марлевого тампона*

Исключение попадания эритроцитов в мочу из половых путей. Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию

6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию

Контроль сформированного уровня знаний и умений

7. Объяснить, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)

Обеспечение эффективности будущего исследования

8. Получить согласие пациента на проведение процедуры

Соблюдение прав пациента

II. Выполнение процедуры в стационаре

1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование

Обеспечение сбора материала

2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование

Обеспечение условий для проведения исследования

III. Окончание процедуры в стационаре

1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ НА САХАР В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Подготовку проводить накануне днем или вечером
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

Обоснование

Учет особенности процедуры

Установление контакта с пациентом

3. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить, что пациент/семья должны приготовить 2–3-литровую чистую стеклянную емкость и емкость объемом 200–300 мл; дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление	Обеспечение проведения исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: объяснить, что сбор мочи будет проходить сутки; водно-пищевой режим — обычный. В день начала исследования, в 8 утра, необходимо помочиться в унитаз; далее до 8 утра следующего дня собирать всю мочу в 2–3-литровую емкость; медсестре/пациенту/члену семьи) измерить общее количество мочи; деревянной палочкой тщательно перемешать мочу; отлить в отдельный подготовленный сосуд 100–150 мл мочи для доставки в лабораторию; на направлении указать суточное количество мочи. Объяснить пациенту, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом	Обеспечение проведения исследования и своевременной доставки материала в лабораторию
6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре	
1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ НА ДИАСТАЗУ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания поджелудочной железы. **Оснащение:** емкость объемом 100-200 мл, направление.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенностей процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее переице	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить, что пациент/семья должны приготовить чистую стеклянную емкость объемом 100–200 мл с крышкой, предварительно вымытую содой и промытую проточной водой; дать направление на исследование, заполнив его по форме. Сбор мочи произвести прямо в поликлинике и сразу же отнести емкость в лабораторию	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: ознакомить пациента/семью с условиями сбора мочи (моча собирается в любое время без специальной подготовки в количестве 100 мл; в лабораторию доставляется свежесвыпущенная теплая моча); объяснить пациенту, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом. <i>Примечание: современные методики позволяют определять диастазу в холодной моче. Медсестра должна знать, какая методика используется</i>	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре 1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре 1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов мочевыделительной системы. **Оснащение:** чистая сухая стеклянная емкость.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенностей процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенос	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи (стеклянная банка и крышка должны быть вымыты содой — без мыла!); дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию.
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: обучить пациента технике подмывания (утром перед исследованием обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении; если у пациентки в этот период менструация, посоветуйте ей закрыть отверстие влагалища ватно-марлевым тампоном); обучить пациента технике сбора мочи для исследования (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее несколько миллилитров мочи, достаточно даже 1–2 мл, затем завершить мочеиспускание в унитаз; закрыть банку крышкой; объяснить пациенту, где (в условиях стационара) он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом	Исключение попадания эритроцитов в мочу из половых путей. Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре	
1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение ответственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Цель: диагностическая. **Показания:** заболевания органов мочевыделительной системы.

Оснащение: 8 чистых сухих емкостей с направлениями, 2-3 дополнительные емкости.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенности процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить пациенту, что для сбора мочи следует приготовить 8 основных и 1–2 дополнительных чистых стеклянных емкостей объемом 250–300 мл; к 8 основным прикрепить этикетки с указанием времени сбора мочи (6–9, 9–12, 12–... и т.д.), к дополнительным — не прикреплять; дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту, куда и в какое время он/семья должны принести все емкости с мочой и направление	Обеспечение проведения исследования
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: объяснить, что сбор мочи будет проходить сутки, водно-пищевой режим — обычный, за сутки отменяются мочегонные средства (действие мочегонных искажает истинный суточный диурез; обильное питье влияет на показатели концентрационной функции почек). В день начала исследования, в 6 утра, необходимо помочиться в унитаз; далее вся моча собирается в отдельные емкости каждые три часа (6–9, 9–12, 12–15, 15–18, 18–21, 21–24, 24–3, 3–6). Объяснить, что дополнительные банки используют, если емкость основной банки недостаточна для конкретной порции, в этом случае необходимо на дополнительной емкости указать соответствующий временной промежуток; если мочи за обозначенный промежуток времени не было, то соответствующая емкость доставляется в лабораторию пустой. В условиях стационара предупредить пациента, что емкости хранятся в туалете/санитарной комнате (почью медсестры пациента разбудит); указать место и время, куда принести емкости с мочой	Обеспечение достоверности результатов исследования
6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить емкости с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре	
1. Слелать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ФИБРОЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИИ

Цель: лечебная и диагностическая. **Показания:** заболевания ЖКТ. **Противопоказания:** определяет врач.

Этапы

Обоснование

Накануне вечером

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящего исследования, получить согласие на исследование
Обеспечение психологической подготовки к манипуляции
3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: последний прием пищи не позднее 21 ч; исследование проводится утром натощак; во время исследования пациент будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну (в связи с введением эндоскопа и проведением анестезии нарушен акт глотания)
Обеспечение достоверности результата исследования.
Обеспечение возможности осмотра слизистой оболочки
4. Предупредить пациента: о месте и времени проведения исследования; о необходимости снять съемные зубные протезы перед исследованием; о необходимости иметь с собой полотенце (впитывающую салфетку); о необходимости воздержаться от приема пищи после исследования в течение 2 ч
Обеспечение возможности своевременного проведения процедуры. Предупреждение повреждения слизистой оболочки рта протезами. Исключение дискомфорта, связанного с саливацией
5. Проводить пациента в эндоскопический кабинет
Обеспечение своевременного проведения исследования

После проведения исследования

1. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию
Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОЛСТЫМ ЗОНДОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острые отравления, подготовка к исследованиям, операциям.

Оснащение: система для промывания желудка - 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка на 0,5-1 л, полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук - 2 штуки, жидкое вазелиновое масло или глицерин (физиологический раствор).

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Получить согласие на проведение процедуры. Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию

2. Подготовить оснащение

Выполнение необходимого условия эффективности процедуры

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении на бок)

Обеспечение свободного прохождения зонда

2. Снять зубные протезы у пациента, если таковые имеются

Профилактика осложнений

3. Отгородить пациента ширмой, если возникнет необходимость

Обеспечение психологического комфорта

4. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента

Защита одежды от промокания и загрязнения

5. Вымыть и осушить руки, надеть чистые перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

6. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении лежа

Обеспечение гигиеничности процедуры

7. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: измерить расстояние от резцов до пупка, прибавить ширину ладони пациента или из его роста вычесть 100 см

Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок

8. Перенести метку на зонд, начиная от слепого конца. Смочить зонд водой или глицерином

Обеспечение продвижения зонда по пищеводу

9. Встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, слегка опустить голову вниз. Положить слепой конец зонда на корень языка

Подготовка к введению зонда

10. Попросить пациента сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод (во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывается вход в пищевод)

Проведение процедуры

- | | |
|---|--|
| <p>11. Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретится сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку снова (сопротивление при введении зонда, кашель, цианоз, рвота, изменение голоса свидетельствуют о введении зонда в трахею)</p> | <p>Облегчение продвижения зонда по пищеводу и снятие позывов к рвоте</p> |
| <p>12. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)</p> | <p>Профилактика осложнений</p> |
| <p>13. Продвинуть зонд еще на 7-10 см</p> | <p>Обеспечение эффективности процедуры</p> |
| <p>14. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой, держа ее наклонно</p> | <p>Предупреждение попадания воздуха в желудок</p> |
| <p>15. Медленно поднять воронку вверх на 1 м</p> | <p>Обеспечение поступления воды в желудок</p> |
| <p>16. Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен, как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка целиком не заполнится промывными водами</p> | <p>По закону сообщающихся сосудов вода поступает в желудок, а затем вновь в воронку</p> |
| <p>17. Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкости для исследования</p> | <p>При экзогенном отравлении в чистые емкости собирают первую и последнюю порцию промывных вод. Первую - для определения неизвестного яда, вторую - для оценки качества промывания</p> |
| <p>18. Повторить два предыдущих действия, если необходимо собрать промывные воды на исследование в стерильную емкость</p> | <p>Забор промывных вод в стерильную емкость проводится при пищевой токсикоинфекции</p> |
| <p>19. Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выделенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз</p> | <p>Обеспечение качества выполнения манипуляции</p> |

III. Окончание процедуры

- | | |
|---|---|
| <p>1. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку</p> | <p>Защита одежды от загрязнения</p> |
| <p>2. Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором. Промывные воды слить в канализацию. Предварительно подвергнуть их дезинфекции в случае отравления. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять перчатки. Поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть и осушить руки</p> | <p>Профилактика внутрибольничной инфекции</p> |
| <p>3. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить (доставить) в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием</p> | <p>Обеспечение безопасности пациента</p> |
| <p>4. Сделать отметку о выполнении процедуры</p> | <p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p> |

Критерии оценки выполнения процедуры

Своевременность выполнения Наличие записи о выполнении

Отсутствие осложнений во время и после процедуры Удовлетворенность пациента качеством оказания услуги Своевременность доставки промывных вод в лабораторию

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОНКИМ ЗОНДОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: послеоперационная атония желудка, задержка пищи, вызванная стенозом привратника, отравления.

Оснащение: тонкий желудочный зонд ($d = 0,3-0,5$ см), глицерин, шприц Жане, полотенце, салфетки, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, емкость для слива промывных вод, чистые перчатки, непромокаемый фартук - 2 штуки, контейнеры с дезинфицирующим раствором.

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении возможны неприятные ощущения, тошнота и позывы на рвоту, которые подавляются с помощью глубокого дыхания. Получить согласие на проведение процедуры.

Физическая и психологическая мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

Примечание: если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание желудка проводится после предварительной интубации трахеи с использованием шприца Жане

Выполнение необходимого условия для эффективного проведения процедуры

2. Подготовить оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять необходимое для проведения процедуры положение: лежа на боку или сидя на стуле, прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед. Если пациент не может занять такое положение, процедура выполняется в положении лежа на боку

Обеспечение свободного прохождения зонда

2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)

Обеспечение психологического комфорта

3. Надеть непромокаемый фартук на себя, грудь пациента прикрыть полотенцем или пленкой

Защита одежды от промокания и загрязнения

4. Вымыть руки. Надеть перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

5. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд, и сделать метку

Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок

6. Обработать зонд глицерином

Обеспечение продвижения зонда в желудок

7. Встать сбоку или спереди от пациента. Взять в руку зонд и ввести через носовой ход на глубину 15-18 см, избегая насильственного введения. *Примечание: при отсутствии возможности проведения зонда через нос можно ввести через рот*

Создание условий безопасной среды для пациента

8. Попросить пациента делать глотательные движения, во время которых продвигать зонд в пищевод

Обеспечение эффективности процедуры

9. Продвигать зонд медленно и равномерно до нужной отметки. При наличии сопротивления следует остановиться и извлечь зонд. Повторить введение зонда после непродолжительного отдыха

Сопротивление при введении, кашель, изменение голоса, рвота, цианоз и прочее свидетельствуют об ошибочном попадании зонда в трахею

10. Проверить местонахождение зонда. Набрать в шприц Жане 30-40 мл воздуха и присоединить шприц к зонду. Ввести воздух жидкости в трахею

Профилактика попадания жидкости в трахею

в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные булькающие звуки)

11. Убедиться, что зонд в желудке. Потянуть поршень шприца Жане на себя, получить желудочное содержимое. Отсоединить шприц, наружный конец зонда положить в лоток. Вытеснить содержимое шприца в емкость для сбора промывных вод.

Примечание: при отсутствии желудочного содержимого продвинуть зонд еще на 7-10 см

Наличие желудочного содержимого в шприце подтверждает факт, что зонд в желудке

12. Набрать в шприц 250 мл воды, присоединить шприц к зонду и ввести воду в желудок

Такое количество воды не вызывает неприятных ощущений и достаточно для сбора промывных вод

13. Аспирировать промывные воды: потянуть поршень шприца на себя. Отсоединить полный шприц от зонда и вытеснить содержимое в емкость для сбора промывных вод

Удаление содержимого желудка

14. Ввести полученную первую порцию промывных вод обратно в желудок, получить содержимое и собрать для исследования, если необходимо (по назначению врача).

Обеспечение лучшего перемешивания содержимого желудка и воды, а также получение материала для исследования

Примечание: при подозрении на отравление прижигающими ядами этот этап исключается

15. Набрать в шприц новую порцию чистой воды и повторить введение и отсасывание содержимого. Оценивать каждую полученную порцию. *Примечание: при наличии крови вызвать врача*

Обеспечение эффективности процедуры

16. Продолжать промывание до появления чистых промывных вод.

Важно удалить не только содержимое желудка, но и токсины, выделяемые слизистой оболочкой желудка

Примечание: в зависимости от показаний требуется от 2 до 10 л воды

17. Состав раствора для промывания определяется врачом

При уремии промывание проводится 2-4 % раствором натрия гидрокарбоната

18. Следить, чтобы количество введенной жидкости соответствовало количеству промывных вод. *Примечание: при внезапно развившейся рвоте после промывания возможна аспирация оставшейся жидкостью*

Обеспечение безопасности пациента

III. Окончание процедуры

Предупреждение загрязнения одежды. Обеспечение инфекционной безопасности

1. Отсоединить шприц Жане и извлечь из желудка зонд, пропуская его через салфетку

2. Погрузить использованные инструменты в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять фартук и полотенце с груди пациента, погрузить их в емкость с дезинфектантом или в непромокаемую емкость. Промывные воды вылить в канализацию, дезинфицировать по показаниям. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

3. Спросить пациента о самочувствии, помочь пациенту умыться, занять удобное положение; следить за состоянием пациента

Обеспечение физического и психологического комфорта

4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Оформить направление и отправить емкость с промывными водами в лабораторию (при необходимости)

Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Цель: диагностическая.

Показания: гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки без обострения.

Оснащение: стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см, один из стимуляторов секреции (0,1 % раствор гистамина или 0,025 % раствор пентагастрина, пробные энтеральные завтраки, шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный), спирт, ватные шарики, перчатки, штатив с пробирками, шприц для извлечения желудочного сока (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели).

Противопоказания: обострения заболеваний желудка, опухоли, кровотечения желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология, расширение вен пищевода.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться.

Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть

и ход предстоящей процедуры. Предупредить, что

исследование проводится натощак; допустим

легкий ужин накануне (не позднее чем 18.00).

Запретить принимать пищу, лекарственные

препараты, пить, курить перед исследованием.

Пояснить, что при введении зонда возможны

тошнота и позывы на рвоту, которые можно

подавить, если глубоко дышать через нос.

Получить согласие на проведение процедуры

2. Подготовить оснащение. Исключить шум, суету,

присутствие других людей

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять необходимое для

проведения процедуры положение: сидя на стуле,

прислонившись к спинке и слегка наклонив голову

вперед

2. Положить полотенце на грудь и шею пациента.

Поставить рядом с пациентом почкообразный

лоток

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

4. Определить глубину, на которую должен быть

введен зонд (можно измерить расстояние от губ до

мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так,

чтобы последнее отверстие зонда было ниже

мечевидного отростка, либо от роста пациента

отнять 100 см), и поставить метку. Пакет с зондом

лучше положить в холодильник за 1,5 ч до

исследования с целью снижения рвотного рефлекса

при введении

5. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15 см

от слепого конца, а левой рукой поддерживать его

свободный конец

6. Встать справа от пациента. Предложить ему

открыть рот. Положить слепой конец зонда на

корень языка. Предложить пациенту сделать

глотательное движение и на вдохе продвинуть зонд

в пищевод

7. Попросить пациента обхватить зонд губами и

делать глотательные движения по команде

медсестры. Слюну вытирать салфеткой.

Психологическая подготовка пациента к процедуре.

Мотивация пациента к сотрудничеству.

Соблюдение права пациента на информацию

Выполнение необходимого условия для

эффективного проведения процедуры

Обеспечение свободного прохождения зонда

Защита одежды от промокания и загрязнения

Обеспечение инфекционной безопасности

Выполнение необходимого условия для введения

зонда в желудок

Подготовка к процедуре

Перистальтические движения, возникающие в связи

с актом глотания, способствуют продвижению

Во время глотания надгортанник закрывает вход в

трахею, одновременно открывая вход в пищевод.

При каждом глотательном движении зонд будет

продвигаться в желудок до нужной метки.

<i>Примечание: если пациент закашлялся, появился цианоз, немедленно извлечь зонд, дать пациенту время восстановить дыхание и повторить введение</i>	Беспорядочные глотательные движения, возникающие вследствие позывов на рвоту, приводят к регургии-тации зонда
8. Продолжать введение зонда до нужной отметки	Обеспечение попадания зонда в желудок
9. Присоединить к зонду шприц	Обеспечение извлечения содержимого желудка
Внимание! Следующий ход процедуры проводится различными методами	
А. Метод Лепорского:	
а) в течение 5 мин извлекать содержимое желудка (1-я порция);	
б) ввести через зонд 200 мл подогретого до 38 °С энте-рального раздражителя (капустный отвар);	
в) извлечь через 10 мин 20 мл желудочного содержимого (2-я порция);	Возможность получения различных фракций желудочного сока: тощаковой, стимулированной
г) извлечь через 15 мин весь остаток пробного завтрака (3-я порция);	
д) извлекать в течение 1 ч желудочное содержимое (4-я, 5-я, 6-я, 7-я порции), меняя емкости каждые 15 мин	
Б. Метод Веретенова, Новикова, Мясоедова:	
а) извлечь желудочное содержимое натошак (1-я порция);	
б) извлекать в течение 1 ч содержимое желудка, меняя емкости для сока каждые 15 мин (2-я, 3-я, 4-я, 5-я порции);	Возможность получения различных фракций желудочного сока: тощаковой, базальной, стимулированной
в) ввести через зонд энтеральный раздражитель, подогретый до 38 °С;	
г) дальнейшее извлечение желудочного содержимого проводить по методу Лепорского (см. А, в, г, д)	
В. При исследовании с помощью парентерального раздражителя:	
а) определить массу тела пациента, измерить АД, выяснить, не было ли ранее аллергических реакций;	Обеспечиваются более достоверные результаты определения секреции желудка, парентеральный раздражитель желудочной секреции вводится из расчета: гистамин - 0,01 мг на 10 кг массы тела; пентагастрин - 0,6 мкг на 1 кг массы тела пациента. Гистамин и пентагастрин вызывают падение АД, а в некоторых случаях - аллергические реакции
б) набрать в шприц нужную дозу препарата и ввести его подкожно после извлечения 5-й порции (см. метод Веретенова, Новикова, Мясоедова);	
в) извлекать в течение часа желудочное содержимое, меняя емкости для сока через каждые 15 мин (6-я, 7-я, 8-я, 9-я порции)	
По окончании процедуры отсоединить шприц и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой	Защита одежды от загрязнения
III. Окончание процедуры	
1. Погрузить инструментарий в емкость с дезинфектантом	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять перчатки. Помочь пациенту умыться и занять удобное положение	Обеспечение физиологического и психологического комфорта
3. Вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Оформить в лабораторию направление на промаркированные пробирки с желудочным соком. Указать Ф.И.О пациента, отделение, цель забора, дату. Отправить в лабораторию	Обеспечение условий для проведения исследования
5. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ (ФРАКЦИОННЫЙ СПОСОБ)

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: заболевания печени и желчевыводящих путей.

Оснащение: стерильный дуоденальный зонд с металлической оливой на конце, штатив с пробирками, стимулятор для желчного пузыря (25-40 мл 33 % сульфата магния, 0,1 % раствор атропина), шприц для аспирации, шприц Жане, грелка, валик, перчатки.

Противопоказания: острый холецистит и обострение хронического, желудочное кровотечение, язвенная болезнь желудка, сердечно-сосудистая недостаточность, расширение вен пищевода, бронхиальная астма.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте.

Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и последовательность предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через рот.

Получить согласие на проведение процедуры

2. Подготовить оснащение. Для определения местонахождения оливы на зонде имеются метки либо через каждые 10 см, либо 3 метки, *первая* из которых на расстоянии примерно 45 см соответствует входному отделу желудка, *вторая* на расстоянии 70 см - выходному отделу, *третья* на расстоянии 90 см - двенадцатиперстной кишке

3. Исключить шум, суету, присутствие других людей

II. Выполнение процедуры

1. Помочь пациенту занять необходимое для проведения процедуры положение: сидя на стуле, прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед

2. Положить полотенце на грудь и шею пациента

3. Вымыть руки. Надеть перчатки

4. Извлечь зонд из холодильника

5. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15 см от слепого конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец

6. Встать справа от пациента. Предложить ему открыть рот. Положить оливу на корень языка, а затем попросить пациента проглотить ее.

Примечание: медсестра только придерживает зонд, насильственное введение запрещено

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

Необходимые требования для эффективного проведения процедуры

Выполнение необходимого условия снижения психологического дискомфорта

Обеспечение свободного прохождения зонда

Защита одежды от промокания и загрязнения

Обеспечение инфекционной безопасности
Пакет с зондом необходимо положить в холодильник за 1,5 ч до исследования с целью снижения рвотного рефлекса

Подготовка к процедуре

Продвижение зонда должно осуществляться за счет тяжести оливы, глотательных движений пациента и перистальтики

7. Предложить пациенту делать глотательные движения, обеспечивающие продвижение зонда, по команде медсестры, а слюну вытирать салфеткой. *Примечание: если пациент закашлялся, появился цианоз, немедленно извлечь зонд, дать пациенту время восстановить дыхание и продолжить процедуру*

8. Продолжать введение зонда до нужной отметки (4-й или 5-й)

9. Проверить местонахождение зонда: подсоединить шприц к зонду и потянуть на себя поршень. Если жидкость в шприц не поступает, необходимо подтянуть зонд на себя и предложить заглатывать его вновь

10. Отсосать желудочное содержимое с помощью шприца. Уложить пациента на правый бок, подложить под таз валик или свернутое одеяло, под правое подреберье - теплую грелку.

Попросить больного продолжать заглатывать зонд до 7-8-й метки. Продолжительность заглатывания - от 40 мин до 1 ч

11. Опустить конец зонда в пробирку, когда олива окажется в двенадцатиперстной кишке (у резцов - 9-я метка).

Примечание: штатив с пробирками устанавливается ниже кушетки

12. При нахождении оливы в двенадцатиперстной кишке в пробирку поступает золотисто-желтая жидкость - **дуоденальная порция - порция А**. За 20-30 мин поступает 15-40 мл этой порции (2-3 пробирки). *Примечание: если жидкость не поступает в пробирку, нужно проверить местонахождение зонда с помощью введения в него шприцем воздуха, погружения в последние пробирки лакмусовой бумаги или выполнения рентгеноскопии; помогите продвижению оливы, введите 0,1 % атропин подкожно, сделайте массаж эпигастральной области*

13. После получения порции А ввести с помощью шприца Жане стимулятор желчного пузыря (25-40 мл 33 % раствора сульфата магния). Переместить зонд в следующую пробирку

14. Наблюдать за поступлением в пробирку

Во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывая вход в пищевод. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок до нужной метки. При этом исключается сворачивание зонда

Обеспечение попадания зонда в желудок

Поступление мутноватой жидкости желтого цвета в шприц свидетельствует: зонд находится в желудке. Отсутствие жидкости в шприце означает, что зонд «свернулся» в пищеводе. Попадание зонда в желудок - необходимое условие продолжения процедуры

Облегчение продвижения зонда к привратнику, а затем - в двенадцатиперстную кишку. Попытка более быстрого заглатывания зонда приводит к тому, что он часто сворачивается в желудке и в конечном счете удлиняет исследование

Расстояние от передних резцов до большого дуоденального сосочка

Цвет порции А обусловлен смесью желчи, панкреатического секрета и кишечного сока. При наличии примеси желудочного сока порция А становится мутной. Если зонд находится в двенадцатиперстной кишке, введение воздуха не сопровождается никакими звуковыми явлениями; если зонд в желудке - отмечаются характерные kloкочущие звуки. Содержимое порции А имеет щелочную реакцию, лакмусовая бумажка при погружении синее

Обеспечение опорожнения желчного пузыря и получение порции В (см. ниже) за счет послабляющего эффекта сульфата магния

Цвет пузырной желчи коричневый или

(после введения стимулятора через 10-15 мин) свободно выделяющейся **порции В - пузырной желчи**. Обратит внимание на цвет и консистенцию желчи. За 20- 30 мин в среднем должно выделиться 30-60 мл желчи (4-6 пробирок). Порция В обязательно замеряется. *Примечание: желчь порции В подвергается бактериологическому исследованию по назначению врача*

оливковый, а при застое желчи - темно-зеленый. Ее количество обусловлено объемом желчного пузыря и степенью его опорожнения. Длительность выделения порции В зависит от сократительной способности желчного пузыря и сфинктеров. При слабой концентрационной функции желчного пузыря не всегда удается отличить по цвету порции А и В. Забор желчи на бактериологическое исследование проводится в стерильную пробирку с соблюдением мероприятий по профилактике инфицирования желчи извне

15. Внимательно наблюдать за цветом желчи при получении порции В, чтобы своевременно выявить **порцию С**.

Переместить зонд в следующую пробирку для получения **порции С - печеночной порции**. Продолжительность получения порции С: за 20-30 мин - 15-20 мл желчи (1-2 пробирки)

Цвет печеночной желчи - более светлый, золотисто-желтый

16. По окончании процедуры извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой

Защита одежды от загрязнения

III. Окончание процедуры

1. Погрузить инструментарий в емкость с дезинфектантом

Обеспечение инфекционной безопасности

2. Снять перчатки. Помочь пациенту умыться и занять удобное положение

Обеспечение физиологического и психологического комфорта

3. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности

4. Оформить направления на каждую порцию и доставить емкости в лабораторию

Обеспечение условий для проведения исследования

5. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

6. Подклеить полученные результаты исследования в документацию

Обеспечение преемственности сестринского ухода

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ

Цель: реанимировать взрослого пострадавшего.

Этапы

1. Коснуться пострадавшего, похлопать его по плечу, спросить, все ли у него в порядке
2. Позвать на помощь (крича и размахивая руками, поднятыми вверх), если ответа нет.
3. Повернуть пострадавшего на спину (если он лежит не на спине)
4. Поворачивать пострадавшего одним движением «на себя», предварительно вытянуть вверх вдоль тела его руку, находящуюся ближе к спасателю. Поддерживать голову при необходимости. Вытянуть руки пострадавшего вдоль тела вниз после поворота
5. Поднять шею сзади одной рукой, а другой - нажать вниз на лоб, запрокидывая голову. Подложить под лопатки валик из свернутой одежды, если есть возможность. После запрокидывания головы пострадавшего назад освободить руку, ранее находившуюся под шеей пациента, расположить ее на передней поверхности шеи таким образом, чтобы указательный и большой пальцы находились на уровне углов нижней челюсти, и вывести нижнюю челюсть кпереди
6. Открыть рот пострадавшего, пальцами удалить инородные тела, иное содержимое, если таковое имеется
7. Проверить, есть ли дыхание, приблизив свою голову так, чтобы одновременно: посмотреть, поднимается ли грудная клетка в течение 10 секунд, считая «раз и, два и»...; послушать, есть ли дыхание; почувствовать щекой выдыхаемый воздух (в норме в течение 10 сек человек совершает 2 дыхательных движения)
8. Если нет сознания и дыхания, вызвать бригаду скорой помощи с точным адресом, закончить словами «начинаю сердечно-лёгочную реанимацию»
9. Правильно расположить свои руки для непрямого массажа сердца: поместить основание левой ладони на нижнюю треть грудины, на 2 см

Обоснование

- Выявление наличия сознания
- Посильную помощь может оказать каждый. Физическая и эмоциональная нагрузка меньше, когда спасатель не один
- Реанимация проводится в положении на спине
- При указанном повороте равномерно распределяется вес пострадавшего; затрачивается минимум времени; «перекатывание» на руке защищает шейные позвонки и мягкие ткани
- Обеспечение проходимости дыхательных путей
- Восстановление проходимости дыхательных путей
- Участие одновременно трех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного)
- Сердце должно сжиматься между рукояткой грудины и позвоночником. При нажатии на ребра возможна их

выше мечевидного отростка; поместить основание правой ладони поверх левой, подняв пальцы, чтобы они не касались ребер (пальцы «верхней» руки придерживают пальцы «нижней») или в замок. Наклониться вперед: плечи спасателя должны быть над грудиной пострадавшего; разогнуть руки в локтях (руки прямые от кистей до плеча) Сделать 30 компрессий на грудь (с частотой более 100 компрессий в минуту) на глубину 4-5 см при счете «раз и, два и»... (нажимать на грудную клетку при счете «раз» и отпускать, когда произносится «и»). постоянно держать руки в контакте с грудной клеткой

травматизация. Угол между основанием ладони спасателя и грудиной пострадавшего должен составлять 90°. В противном случае компрессии будут неэффективны, и возможна травма ребер и внутренних органов. Счет помогает выбрать правильный ритм.

Обеспечивается также предупреждение травмы грудной клетки и внутренних органов

10. Вентилировать дыхательные пути, если дыхание отсутствует (зубные протезы оставить во рту). Для этого: положить на область рта пострадавшего носовой платок, салфетку и т.п. (или ввести в рот «УДР-Р-01»); продвинуть одну руку спасателя под шею пострадавшего: уложить на лоб кисть второй руки, указательным и большим пальцами зажимая нос и добиваясь максимального разгибания головы; широко открыть свой рот, сделать глубокий вдох и, герметично охватив своими губами губы пострадавшего, произвести выдох в рот пострадавшего (~ 800-1000 мл); сделать два глубоких вдувания с интервалом 5 с и продолжительностью 1-2 с каждый; следить, чтобы голова пациента находилась в правильном положении; почувствовать выдох воздуха изо рта пострадавшего. Если дыхательные пути непроходимы, необходимо восстановить их проходимость

Проверка проходимости дыхательных путей. Зубные протезы способствуют более тесному контакту со ртом спасателя. Обеспечение инфекционной безопасности.

При вентилировании воздух не должен выходить через нос, через щели между ртом пострадавшего и ртом спасателя. Пауза служит для пассивного выдоха пострадавшего и возможности сделать вдох спасателю. Далее: обеспечение проходимости дыхательных путей. Подтверждение, что дыхательные пути свободны

11. Пальпировать пульс на сонной артерии через каждые 1-2 мин

Оценка эффективности непрямого массажа сердца

12. Проверить наличие самостоятельного дыхания, если пульс определяется. При отсутствии дыхания выполнять вентилицию 12 раз за 1 мин, следить за пульсом ежеминутно

Возможна повторная остановка работы сердца

13. Прекратить реанимационные мероприятия, когда: появились самостоятельное дыхание и пульс; приехала бригада скорой помощи; спасатель устал и не может больше реанимировать пострадавшего; на смену пришел человек (люди), умеющий проводить реанимацию

Окончание реанимации

УХОД ЗА ПЛАСТИКОВОЙ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ С НЕСДУВАЮЩЕЙСЯ МАНЖЕТОЙ

Цель: лечебная

Показания: трахеотомия, первые 3-7 дней.

Оснащение: стерильные: катетер, 4-6 марлевых тампона, 4-6 салфеток, перчатки, физраствор, глицерин, расширитель трахеи; электроотсос, ножницы, непромокаемая пленка, увлажняющий крем, емкости для дезинфекции, мешки для утилизации.

Противопоказания: определяет врач.

Этапы

Обоснование

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Поскольку пациент не может еще говорить, составить план вопросов, предполагающих однозначные ответы, чтобы больной мог отвечать кивком головы. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)

Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

II. Выполнение процедуры

1. Придать пациенту положение Фаулера (если возможно)

Обеспечение наиболее удобного положения для манипуляции

2. Под голову больного подложить непромокаемую пленку. Укрыть шею (ниже трахеостомы) и грудь пациента пленкой

Обеспечение чистоты, сухости постельного и нательного белья

3. Вымыть и осушить руки. Надеть стерильные перчатки

Профилактика внутрибольничной инфекции

4. Осмотреть губы, язык, полость рта больного

Контроль над слизистыми оболочками

5. Отсосать слизь из ротоглотки или очистить полость рта тампонами, смоченными в физрастворе

Профилактика инфицирования слизистой оболочки рта

6. Обработать поверхность губ влажным тампоном, осушить промокательными движениями

Гигиена губ

7. Смазать губы увлажняющим кремом

Обеспечение физиологического увлажнения губ

8. Снять марлевую повязку с трахеостомы, осмотреть трахеостому

Визуальная оценка трахеостомы

9. Оценить надежность фиксирования трубки тесемками

Обеспечение безопасности пациента

10. Сменить тесемки при их загрязнении

Профилактика внутрибольничной инфекции

11. Вскрыть ножницами упаковку со стерильным катетером, не извлекая его (диаметр катетера равняется 50 % диаметра трахеальной канюли)

Обеспечение стерильности

12. Сменить перчатки

Обеспечение инфекционной безопасности

13. Извлечь катетер из пакета и присоединить к

Обеспечение выполнения

соединительной трубке электроотсоса	процедуры
14. Обработать катетер стерильным глицерином (стерильной водой)	Предупреждение травмы слизистой оболочки трахеи
15. Проверить уровень давления в отсосе	Обеспечение выполнения процедуры
16. Предупредить пациента о возможном возникновении кашля и соответствующих действиях	Обеспечение безопасности пациента
17. Ввести катетер в порт Т-образной трубки на 20-30 см и включить электроотсос (давление ~ 25 мм рт.ст.)	Выполнение процедуры
18. Провести осторожное отсасывание слизи (не дольше 10-15 с)	Обеспечение качественного проведения туалета трахеи Обеспечение адекватного дыхания. Предупреждение гипоксии
19. Извлечь катетер, дать отдохнуть пациенту 1-3 мин	Продолжение процедуры
20. Повторить отсасывание слизи до восстановления проходимости дыхательных путей	Продолжение процедуры
21. Извлечь из трахеостомической трубки катетер при появлении кашля	Профилактика осложнений
22. Собирать слизь (которая выбрасывается с силой через трубку) стерильными салфетками	Профилактика внутрибольничной инфекции
23. Осушить кожу вокруг трахеостомы, осторожно отодвигая ее «ушки»	Предупреждение раздражения кожи
24. Закрыть трахеостому влажной салфеткой на турунде - «занавеской»	Предупреждение высыхания трахеи
III. Окончание процедуры	
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА УХОДУ ЗА ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ

Цель: профилактическая; показания; наличие временной или постоянной трахеостомической трубки.

Оснащение: зеркало, емкость с мыльным раствором, ершик, 70° этиловый спирт, 4-6 стерильных марлевых салфеток, бинт.

Этапы

I. Подготовка к процедуре

1. Вымыть и осушить руки
2. Приготовить оснащение

II. Выполнение процедуры

1. Встать (сесть) перед зеркалом
2. Отвести запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх»
- 3.левой рукой большим и указательным пальцами зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон. Взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами правой руки и, плотно зафиксировав их, извлечь в направлении «от себя» дугообразным движением, внутреннюю трахеостомическую трубку из основной (наружной)
4. Погрузить внутреннюю трубку в емкость с мыльным раствором и очистить ершиком все поверхности от корок и слизи
5. Промыть внутреннюю трахеостомическую трубку под проточной водой
6. Обработать внутреннюю трахеостомическую трубку салфеткой, смоченной 70 % этиловым спиртом. Просушить трубку стерильной салфеткой

III. Завершение процедуры

1. Фиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки большим и указательным пальцами левой руки. Ввести в отверстие наружной трубки внутреннюю трахеостомическую трубку, держа ее за «ушки» большим и указательным пальцами правой руки. Перевести замок-флажок в положение «вниз»
2. Вымыть и осушить руки
3. Накрыть отверстие трубки двухслойной марлевой салфеткой, зафиксировав ее вокруг шеи повязкой типа «шторки». Летом салфетку увлажнять водой

Обоснование

- Профилактика инфицирования
- Обеспечение качественного выполнения процедуры
- Выполнение условий процедуры
- Обязательное условие для вывода внутренней трубки из основной
- Предупреждение вывода наружной трахеостомической трубки (постоянной) из трахеи
- Обеспечение эффективности обеззараживания и очистки
- Удаление остатков моющих средств
- Обеспечение дезинфекции
- Обеспечение фиксации внутренней трубки
- Обеспечение инфекционной безопасности
- Профилактика инфицирования, переохлаждения (зимой) и высушивания (летом) дыхательных путей

Проведение отсасывания слизи из носа

Цель: лечебная и профилактическая

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру;
- предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа;
- обработать руки гигиеническим способом, осушить;
- надеть перчатки;
- обработать дезинфицирующим раствором лоток для оснащения и манипуляционный столик. Вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, осушить;
- поставить на манипуляционный столик необходимое оснащение;
- в случае применения электроотсоса заполнить его банку-сборник дезинфицирующим раствором, проверить готовность его к работе (давление в системе электроотсоса должно быть 0,2-0,4 атм.). В случае проведения аспирации с помощью резинового баллона приготовить две емкости с дезинфицирующим раствором;
- распечатать упаковку с катетером, предварительно проверив герметичность и срок годности;
- захватить стерильным пинцетом марлевую салфетку и положить ее на пальцы левой руки;
- извлечь стерильным пинцетом катетер из упаковки или емкости с дезинфицирующим раствором и проверить его целостность;
- положить вводимый конец катетера на руку со стерильной салфеткой, присоединить другой конец катетера к электроотсосу или резиновому баллону;
- переложить катетер с марлевой салфеткой в правую руку;
- взять вводимый конец катетера на расстоянии 3-5 см, как писчее перо, и увлажнить его.

2. Выполнение процедуры:

- в случае применения электроотсоса ввести катетер, осторожно продвигая его вперед и вниз на 4-6 см через нижний носовой ход с помощью вращательных движений в местах сопротивления, подключить электроотсос и произвести прерывистую аспирацию в течение 5-15 с. в зависимости от возраста пациента. Аспирация повторяется до полного удаления содержимого;
- в случае проведения аспирации с помощью резинового баллона сжать его и ввести катетер в полость носа, затем разжать баллон. Опустить баллон в емкость с дезинфицирующим раствором и, сжав, удалить содержимое. Не разжимая, поместить его

в другую емкость с дезинфицирующим раствором и набрать жидкость. Содержимое баллона выпустить в первую емкость. При необходимости аспирацию продолжают, каждый раз освобождая и промывая баллон по вышеуказанной методике.

3. Окончание процедуры:

- удалить катетер;
- оценить характер и объем аспирированного содержимого;
- по назначению врача отправить материал в микробиологическую лабораторию на посев;
- использованный катетер промыть и обеззаразить в емкости с дезинфицирующим раствором;
- провести дезинфекцию сосуда-сборника, изделий из пластмассы и резины, контактировавших с отсасываемой жидкостью. Снимать крышку с заполненного сосуда-сборника и опорожнять содержимое только в специально отведенном для этого помещении;
- вымыть руки и обработать антисептическим раствором руки в перчатках;
- снять перчатки, вымыть и осушить руки;
- отметить в медицинской документации время и частоту аспирации, характер содержимого, реакцию пациента.

АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА

1. вымойте руки;
2. соберите стандартный набор для катетеризации вены, включая несколько катетеров различных диаметров
3. проверьте целостность упаковки и сроки хранения оборудования;
4. убедитесь, что перед Вами тот больной, которому назначена катетеризация вены;
5. обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту найти удобное положение;
6. разъясните пациенту суть предстоящей процедуры, создайте атмосферу доверия, предоставьте возможность задать вопросы, определите предпочтения пациента по месту постановки катетера;
7. приготовьте в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов;
8. вымойте тщательно руки и просушите их;
9. наложите жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации;
10. попросите пациента сжимать и разжимать пальцы кисти для улучшения наполнения вен кровью;
11. выберите вену путем пальпации, принимая во внимание характеристики инфузата;
12. снимите жгут;
13. выберите наименьший катетер, учитывая: размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата;
14. повторно обработайте руки, используя антисептик, и наденьте перчатки;
15. наложите жгут на 10-15 см выше выбранной зоны;
16. обработайте место катетеризации кожным антисептиком в течение 30-60 секунд и дайте высохнуть самостоятельно; НЕ ПАЛЬПИРУЙТЕ ВЕНУ ПОВТОРНО
17. зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера;
18. возьмите катетер выбранного диаметра и снимите защитный чехол. Если на чехле расположен дополнительная заглушка, чехол не выбрасывайте, а держите его между пальцами свободной руки;
19. введите катетер на игле под углом к коже 15 градусов, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере;
20. при появлении крови в индикаторной камере уменьшите угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров введите иглу в вену;
21. зафиксируйте иглу-стилет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется);
22. снимите жгут
23. НЕ ВВОДИТЕ ИГЛУ В КАТЕТЕР ПОСЛЕ СМЕЩЕНИЯ ЕГО С ИГЛЫ В ВЕНУ
24. пережмите вену на протяжении для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера; утилизируйте иглу с учетом правил безопасности;
25. снимите заглушку с защитного чехла и закройте катетер или присоедините инфузионную систему;
26. зафиксируйте катетер на конечности;
27. зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения;
28. утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.

Алгоритм действий медицинской сестры при уходе за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки Цель: лечебная и профилактическая

1. Подготовка к процедуре:

- убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача;

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла и одноразовых полотенец);

- надеть маску;

- подготовить всё необходимое для процедуры и разместить на манипуляционном столике. При необходимости столик доставить в палату;

- объяснить пациенту цель проведения процедуры, уточнить аллергический анамнез, предложить пациенту занять или помочь ему занять вынужденное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону;

- освободить от одежды место установки катетера;

- обработать руки антисептиком и надеть нестерильные перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- снять повязку и положить в непромокаемый пакет/непромокаемый контейнер;

- оценить визуально место катетеризации - наличие гиперемии, гнойного отделяемого (сообщить врачу);

- снять перчатки, обработать руки антисептиком;

- надеть стерильные перчатки, обработать 3% перекисью водорода кожные покровы вокруг катетера;

- обработать кожные покровы 5 % раствором йода;

- обработать повторно кожные покровы антисептиком;

- фиксировать наклейку;

- при необходимости в случаи загрязнения порт катетера очищается стерильной салфеткой с 3% перекисью водорода и затем салфеткой с физиологическим раствором, а съемные его части (заглушка, 3-ходовой кран) меняются;

- снять перчатки, провести гигиеническую обработку рук.

3. Завершение процедуры:

- надеть плотные перчатки и провести профилактическую дезинфекцию предметов обстановки, инструменты сбросить для предварительной очистки. Отработанный материал сбросить в ёмкость для дезинфекции или в пакет для утилизации в соответствии с классом отходов; - сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм действий медицинской сестры при уходе за сосудистым катетером (центральным) - промывание катетера

1. Подготовка к процедуре:

- убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача;

- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла и одноразовых полотенец);

- проверить физиологический раствор на мутность, наличие частиц, срок годности. Посмотреть дату и время вскрытия флакона с гепарином;

- набрать в один из шприцов физиологический раствор, а в другой - 0,2 мл гепарина и развести до 10 мл физиологического раствора;

- придать пациенту вынужденное положение;

- провести гигиеническую антисептику рук и надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- если катетер снабжен 3-ходовым краном или зажимом, то его надо перекрыть, подсоединить шприц с физиологическим раствором, затем открыть и потянуть поршень на себя до получения крови и ввести содержимое шприца;

- перекрыть катетер, поменять шприцы, открыть и ввести раствор гепарина, затем снова перекрыть и поставить заглушку;

- если катетер без зажима и крана, то в момент подсоединения, и перестановки шприцов и установки заглушки попросить пациента задержать дыхание;

- обработать двукратно антисептиком заглушку и ввести раствор гепарина (гепариновый замок) в латексную вставку заглушки.

3. Завершение процедуры:

- снять перчатки и провести гигиеническую антисептику рук;

- надеть плотные перчатки и провести профилактическую дезинфекцию предметов обстановки, инструменты сбросить в ёмкость для предварительной очистки;

- отработанный материал сбросить в ёмкость для дезинфекции или пакет для утилизации с маркировкой в соответствии с классом отходов;

- снять перчатки и сбросить в ёмкость для обработки;

- провести гигиеническую антисептику рук;

- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Алгоритм действий медицинской сестры при уходе за сосудистым катетером (центральным и периферическим) - удаление катетера

Показания:

- появление отека в месте постановки катетера
- покраснение кожи вокруг катетера
- местное повышение температуры
- болезненность в месте введения катетера;
- по истечении 48-72 часов постановки периферического катетера,
- тромбирование катетера.

Этапы	Обоснование
1. Проведение гигиенического мытья рук. Надевание маски.	Обеспечение инфекционной безопасности
2.Собрать стандартный набор для удаления катетера из вены <ul style="list-style-type: none"> • стерильные перчатки, • стерильные марлевые шарики, • лейкопластырь, • ножницы, • тромболитическая мазь, • 70% этиловый спирт, • флакон с 0,5 % раствором хлоргексидина биглюконата • лоток для мусора 	Обеспечение четкости и эффективности проведения процедуры
3.Прекратить инфузию, снять защитную бинтовую повязку (если имеется)	
4. От периферии к центру удалить фиксирующую повязку без использования ножниц	
5.Провести хирургическую антисептику рук. Для этого нанести на руки 5 мл 70% этилового спирта и растереть препарат в течение 1 мин, повторить обработку рук еще раз. Надеть стерильные перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Обработать место катетеризации 70% этиловым спиртом	
7.Медленно и осторожно вывести катетер из вены	Профилактика осложнений
8.Осторожно на 2 – 3 мин прижать место катетеризации стерильным марлевым тампоном	Профилактика кровотечения
9.Обработать место катетеризации 70% этиловым спиртом	Обеспечение инфекционной безопасности
10.Наложить на место катетеризации стерильную давящую повязку и зафиксировать её лейкопластырем	Профилактика кровотечения Обеспечение инфекционной безопасности
11.Проверить целостность канюли катетера	
12. При наличии тромба или подозрении на инфицирование катетера	

кончик канюли отрежьте стерильными ножницами, поместите в стерильную пробирку и направьте в бактериологическую лабораторию на исследование (по назначению врача).	
13. Отметить в документации время, дату и причину удаления катетера	Обеспечение преемственности в работе
14. Утилизировать отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.	Обеспечение инфекционной безопасности