

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Зарытовская Н.В., Калмыкова А.С., Рой С.В.

Практические умения медицинской сестры

Учебное пособие
для сертификационного экзамена
на право допуска к работе в качестве
среднего медицинского персонала

Ставрополь, 2013

УДК 647.258 (076.5)
ББК 51.1 (2 Рос) п я 7
3. 35

Практические умения медицинской сестры: учебное пособие для сертификационного экзамена на право допуска к работе в качестве среднего медицинского персонала (II этап). – Ставрополь, 2013. – с. 102

Составители:

Наталья Владимировна Зарытовская – д.м.н., доцент, начальник управления практической подготовки студентов ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ангелина Станиславовна Калмыкова – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Сергей Валентинович Рой – к.м.н., доцент, руководитель Центра практических навыков ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Учебное пособие содержит методики практических навыков, используемых в практической деятельности среднего медицинского персонала. Учебное пособие подготовлено для сертификационного экзамена на право допуска к работе в качестве среднего медицинского персонала (II этап аттестации) для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, врачей - интернов и ординаторов.

Рецензенты:

Шашель Виктория Алексеевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Айдемиров Артур Насирович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Агранович Надежда Владимировна - д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Климов Леонид Яковлевич - к.м.н., доцент, зав. кафедрой факультетской педиатрии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

УДК 647.258 (076.5)
ББК 51.1 (2 Рос) п я 7
3. 35

Рекомендовано к печати редакционно-издательским советом СтГМУ.

СтГМУ, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение | |
| I. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ | 7 |
| 1. Приготовление постели больному | 7 |
| 2. Смена постельного белья у тяжелобольного (1 способ) | 8 |
| 3. Смена постельного белья у тяжелобольного (2 способ) | 9 |
| 4. Смена нательного белья | 10 |
| 5. Смена нательного белья при выполнении процедур | 10 |
| 6. Помощь пациенту при раздевании | 11 |
| 7. Перемещение пациента с кровати на каталку (1 способ) | 13 |
| 8. Перемещение тяжелобольного на каталку (2 способ) | 14 |
| 9. Перемещение пациента с каталки на кровать | 15 |
| 10. Транспортировка больных | 15 |
| 11. Уход за полостью рта | 17 |
| 12. Орошение полости рта | 17 |
| 13. Уход за глазами | 18 |
| 14. Промывание глаз | 18 |
| 15. Введение глазных капель | 19 |
| 16. Закладывание глазной мази | 19 |
| 17. Уход за ушами | 20 |
| 18. Введение лекарства в уши | 21 |
| 19. Промывание слухового прохода | 21 |
| 20. Уход за полостью носа | 22 |
| 21. Уход за волосами (мытьё волос в постели) | 22 |
| 22. Мытьё всего тела в постели | 23 |
| 23. Мытьё ног в постели | 24 |
| 24. Стрижка ногтей | 24 |
| 25. Уход за больным при рвоте | 25 |
| 26. Наблюдение за водным балансом | 26 |
| 27. Подмывание и подача судна | 27 |
| 28. Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером | 28 |
| 29. Уход за подключичным катетером | 29 |
| 30. Уход за назогастральным и назогастроинтестинальным зондами | 30 |
| 31. Уход за трахеостомой | 30 |
| 32. Уход за гастростомой | 32 |
| 33. Уход за колостомой, илеостомой | 32 |
| 34. Использование калоприемника | 33 |
| 35. Уход за цистостомой | 34 |
| 36. Уход за дренажными системами плевральной полости | 35 |
| 37. Уход за плевральной дренажной трубкой | 37 |
| 38. Уход за дренажными системами брюшной полости | 38 |
| II. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ | 39 |
| 1. Исследование пульса на лучевой артерии | 39 |
| 2. Подсчет числа дыхательных движений (ЧДД) | 40 |
| 3. Измерение артериального давления | 41 |
| 4. Измерение температуры тела в подмышечной впадине | 41 |

| | | |
|------|---|----|
| 5. | Измерение температуры тела в прямой кишке | 42 |
| 6. | Сублингвальное измерение температуры тела | 42 |
| 7. | Пролежни | 43 |
| 8. | Техника забора слизи из носа и зева | 44 |
| III. | ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ | 45 |
| 1. | Физическое охлаждение с помощью льда | 45 |
| 2. | Физическое охлаждение с помощью спирта | 46 |
| 3. | Физическое охлаждение с помощью уксуса | 46 |
| 4. | Очистительная клизма | 47 |
| 5. | Сифонная клизма | 48 |
| 6. | Гипертоническая (послабляющая) клизма | 49 |
| 7. | Масляная (лекарственная) клизма | 50 |
| 8. | Капельная клизма | 52 |
| 9. | Газоотводная трубка | 53 |
| 10. | Промывание желудка | 54 |
| 11. | Постановка назогастрального зонда | 55 |
| 12. | Дуоденальное зондирование | 56 |
| 13. | Катетеризация мочевого пузыря | 58 |
| 14. | Применение холодной примочки (компресса) | 62 |
| 15. | Применение пузыря со льдом | 62 |
| 16. | Согревающий компресс | 63 |
| 17. | Применение грелки | 64 |
| 18. | Горчичники | 65 |
| 19. | Проведение горчичной ванны | 66 |
| 20. | Придание больному дренажного положения | 67 |
| 21. | Внутрикожные инъекции | 68 |
| 22. | Подкожные инъекции | 70 |
| 23. | Внутримышечные инъекции | 71 |
| 24. | Внутривенные струйные вливания | 73 |
| 25. | Внутривенное капельное введение жидкостей | 75 |
| 26. | Взятие крови из периферической вены шприцем | 77 |
| 27. | Взятие крови из периферической вены иглой | 79 |
| 28. | Взятие крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем | 81 |
| IV. | ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ | 83 |
| 1. | Прием Геймлиха взрослому (в сознании) | 83 |
| 2. | Прием Геймлиха взрослому (без сознания) | 84 |
| 3. | Прием Геймлиха ребенку | 84 |
| 4. | Прием Геймлиха (самопомощь) | 84 |
| 5. | Непрямой массаж сердца | 85 |
| 6. | ИВЛ | 86 |
| 7. | Коникотомия | 86 |
| 8. | Пункционная коникотомия (с помощью иглы) | 87 |
| 9. | Наложение кровоостанавливающего жгута | 88 |
| 10. | Наложение повязки Дезо | 88 |
| 11. | Наложение шины Крамера | 89 |

| | | |
|-----|--|----|
| 12. | Наложение лестничной шины при переломах костей предплечья, луче-запястного сустава, голени, костей лодыжек голени и костей стопы | 89 |
| 13. | Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке | 91 |
| 14. | Алгоритм оказания помощи при острой дыхательной недостаточности | 92 |
| 15. | Алгоритм оказания помощи при острой сосудистой недостаточности (Обморок) | 92 |
| 16. | Алгоритм оказания помощи при острой сосудистой недостаточности (Коллапс) | 92 |
| V. | ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ | 93 |
| 1. | Пролежни | 93 |
| VI. | ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ | 94 |
| 1. | Обработка рук | 94 |
| 2. | Схема гигиенического мытья рук | 94 |
| 3. | Предоперационная обработка рук по Спасокукоцкому-Кочергину | 96 |
| 4. | Обработка рук 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата (гипитан) | 96 |
| 5. | Обработка рук раствором 2,4% первомура (муравьиной кислоты) | 97 |
| 6. | Обработка рук церигелем | 98 |
| 7. | Схема проведения дезинфекции при внутрибольничных инфекциях | 99 |
| 8. | Педикюлез | 99 |

ВВЕДЕНИЕ

Знание и строжайшее соблюдение правил организации ухода и наблюдения за больными является залогом их эффективного лечения, независимо от возраста и профиля патологии.

Долг медицинского работника – оказать помощь больному на самом высоком уровне и никогда не участвовать в действиях, направленных на ухудшение физического и психического здоровья людей.

Для медицинской сестры, прежде всего, долг заключается в четком выполнении всех назначений врача (режим, диета, инъекции, раздача лекарств, измерение температуры тела и т.д.). Проявление заботы, внимания, вежливое и ласковое обращение, улыбка также являются элементами долга, так как помогают больному адаптироваться в новой обстановке.

Залогом успешной деятельности любого медицинского коллектива является соблюдение этических, деонтологических и правовых норм взаимодействия медицинского персонала между собой, с больными, взрослыми и детьми, и их родителями.

Медицинская деонтология (от греч. *deontos* – должное, надлежащее, *logos* – учение) – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии выделяют два стратегических требования к врачу и среднему медицинскому работнику: знание и доброжелательное отношение к людям. Нарушение деонтологических принципов общения с больным может привести к развитию у него так называемых ятрогенных заболеваний (греч. *iatros* – врач, *-genes* – порождаемый, возникающий).

К деонтологическим вопросам ухода за больными можно отнести и необходимость сохранения врачебной тайны. Однако это требование не относится к ситуациям, представляющим опасность для других людей: венерические и инфекционные заболевания, инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), отравления и др. В этих случаях медработники обязаны немедленно информировать соответствующие организации о полученных сведениях.

Primum non nocere (лат.) - прежде всего, не навреди – это высказывание является главным этическим принципом в медицине.

I. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

Приготовление постели больному

Цель: перестилание постельного белья.

Показания: соблюдение гигиены, профилактика пролежней.

Противопоказания: нет.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простыни), мешок для грязного белья.

Обязательное условие: отсутствие пациента на постели, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Надеть перчатки; опустить боковые поручни, если они есть; проверить, нет ли в грязном постельном белье личных вещей пациента (в т.ч. зубных протезов, слуховых аппаратов и т.п.);

4. Снять грязное постельное бельё: ослабить натяжение нижней простыни со всех сторон, двигаясь вокруг кровати; снять грязную наволочку с подушки и положить её в мешок для грязного белья, положить подушку на чистую поверхность (например, на тумбочку, стул и т.п.); извлечь одеяло из пододеяльника, сложить его и поместить на чистую поверхность (например, на спинку стула); свернуть всё грязное бельё в тугой рулон и положить его в мешок для грязного белья; снять перчатки и сбросить их в отдельную ёмкость.

5. Застелить кровать чистым бельём с одной стороны: сложить чистую простыню вдвое по длине (не трести простыню, поскольку с потоком воздуха пыль, микроорганизмы распространяются по всему помещению); расположить центральную складку вдоль центра кровати, а узкую часть простыни расправить в ножном конце кровати; убедиться, что рубцы швов обращены к низу; заправить простыню в изголовье кровати;

6. Аккуратно заправить простыню с боковой стороны кровати: стать сбоку от кровати, близко к ней; приподнять боковой край простыни над кроватью приблизительно на 30 см над уровнем кровати, образовать треугольник; положить образованный треугольник на кровать, крепко придерживая его за вершину; заправить свисающую часть простыни под матрац; взять треугольник за вершину, опустить его вниз и заправить по всей боковой длине под матрац, расположив руки ладонями вверх (сначала среднюю треть, затем верхнюю, затем ниж-

ною, соответственно, перемещаясь к изголовью кровати, затем - к ножному концу);

7. Положить пододеяльник поверх заправленной простыни и заправить одеяло; разложить одеяло так, чтобы его центральная линия совпала с центром кровати; заправить край одеяла под матрац, используя методику заправки простыни; сделать отворот верхней части одеяла, чтобы позже можно было прикрыть им подушку.

8. Застелить кровать чистым бельём с другой стороны: перейти на другую сторону кровати; расправить простыню; заправить простыню под матрац, используя вышеописанный метод, сначала среднюю треть, затем верхнюю, затем - нижнюю; заправить одеяло в ножной части кровати, используя вышеописанный метод; сделать отворот верхней части одеяла в изголовье кровати так, чтобы позже можно было прикрыть этим отворотом подушку. Боковую часть одеяла и часть, расположенную в изголовье кровати, не заправлять.

9. Надевание наволочки: вывернуть наволочку наизнанку; надеть вывернутую наволочку на руки; взять подушку за углы через наволочку; надеть наволочку на подушку, выворачивая её на лицевую сторону; заправить углы подушки за углы наволочки; положить подушку на кровать и накрыть её одеялом.

10. Если пациент собирается лечь в постель: опустить изголовье кровати до горизонтального уровня; отвернуть одеяло; помочь пациенту (при необходимости) занять удобное положение; поднять (при необходимости) боковые поручни. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

11. Протереть тумбочку и другие поверхности дезрастворами.

Смена постельного белья у тяжелобольного (1 способ)

Цель: перестилание постельного белья.

Показания: соблюдение гигиены, профилактика пролежней.

Противопоказания: нет.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простыни), мешок для грязного белья.

Обязательное условие: лежачий пациент, 2 медработника.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Надеть перчатки; опустить боковые поручни, если они есть; проверить, нет ли в грязном постельном белье личных вещей пациента (в т.ч. зубных протезов, слуховых аппаратов и т.п.);

4. Грязную простыню скатать валиком со стороны головы и ног, удалить.

5. Чистую простыню, скатанную с двух сторон, как бинт, подвести под крестец больного и расправить по длине кровати.

6. Надевание наволочки: вывернуть наволочку наизнанку; надеть вывернутую наволочку на руки; взять подушку за углы через наволочку; надеть наволочку на подушку, выворачивая её на лицевую сторону; заправить углы подушки за углы наволочки; положить подушку на кровать.

7. Уложить больного (вначале голову, затем таз и ноги).

Смена постельного белья у тяжелобольного (2 способ)

Цель: перестилание постельного белья.

Показания: соблюдение гигиены, профилактика пролежней.

Противопоказания: нет.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простыни), мешок для грязного белья.

Обязательное условие: лежащий пациент, 2 медработника.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Надеть перчатки; опустить боковые поручни, если они есть; проверить, нет ли в грязном постельном белье личных вещей пациента (в т.ч. зубных протезов, слуховых аппаратов и т.п.);

4. Передвинуть больного на край постели.

5. Скатать грязную простыню по длине.

6. На свободном месте расправить чистую простыню, на которую переложить больного.

7. На другой стороне снять грязную простыню и расправить чистую.

8. Надевание наволочки: вывернуть наволочку наизнанку; надеть вывернутую наволочку на руки; взять подушку за углы через наволочку; надеть наволочку на подушку, выворачивая её на лицевую сторону; заправить углы подушки за углы наволочки; положить подушку на кровать.

9. Уложить больного.

Смена нательного белья

Цель: смена нательного белья.

Показания: соблюдение гигиены, профилактика пролежней.

Противопоказания: нет.

Оснащение: чистое белье (одежда), мешок для грязного белья, простыня.

Обязательное условие: 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Помочь пациенту сесть на край кровати или уложить на спину, если пациент лежачий.

4. Помочь пациенту снять рубашку (платье): захватить края рубашки, снять через голову, освободить руки. Если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки;

5. Надеть рубашку на руки, затем на голову, расправить рубашку, Если одна рука повреждена, надеть рубашку сначала на больную, а затем на здоровую руку.

6. Уложить больного.

7. Укрыть одеялом.

Смена нательного белья при выполнении процедур

Цель: смена нательного белья.

Показания: соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: чистое белье (одежда), мешок для грязного белья, простыня.

Обязательное условие: пациент не может сидеть, проведение капельного введения жидкостей, 2 медработника.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Уложить пациента на кровать.

4. Помочь пациенту снять рубашку (платье): собрать в складку рукав на руке; плавно снять этот рукав с руки пациента, в которую проводится в/в вливание; придерживая собранный в складку рукав, осто-

можно снять со штатива флакон с лекарственным средством и осторожно просунуть флакон, трубки и свою руку через собранный в складку рукав; закрепить флакон на штативе.

5. Надеть пижамную куртку: собрать в складку рукав его пижамной куртки, который будет надеваться на руку, где производится в/в вливание; осторожно снять флакон со штатива; плавно просунуть флакон, трубки капельницы и руку пациента через этот рукав; накинуть пижамную куртку (ночную рубашку) на плечо пациента; закрепить флакон на штативе.

6. Уложить больного.

7. Укрыть одеялом.

Помощь пациенту при раздевании

Цель: смена нательного белья.

Показания: соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: чистое белье (одежда), мешок для грязного белья, простыня.

Обязательное условие: пациент может сидеть, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Помочь пациенту сесть на край кровати.

4. Помочь пациенту снять рубашку (платье): если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки.

5. Помочь пациенту снять его нижнюю рубашку (женщине - бюстгальтер и комбинацию).

6. Помочь пациенту надеть пижаму (женщине - ночную рубашку).

7. Помочь пациенту снять туфли и носки.

8. Помочь пациенту лечь в постель (на кушетку) и укрыть его простыней.

Помощь пациенту при раздевании

Цель: смена белья.

Показания: соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: чистое белье (одежда), простыня, одеяло.

Обязательное условие: пациент не может сидеть, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Уложить пациента на кровать.
4. Помочь пациенту снять рубашку (платье): если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки;
5. Помочь пациенту снять брюки (в том числе нижнее белье): попросить его приподнять свой таз так, чтобы вы смогли просунуть свои руки под простыню, чтобы помочь ему снять брюки.
6. Помочь пациенту надеть его пижамные брюки.
7. Помочь пациенту удобно лечь на спину.
8. Расправить постельное бельё, укрыть пациента одеялом.

Помощь пациенту при раздевании

Цель: смена белья.

Показания: соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: чистое белье (одежда), одеяло, простыня.

Обязательное условие: пациент не может сидеть, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Уложить пациента на кровать.
4. Помочь пациенту снять рубашку (платье): если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки.
5. Помочь пациенту снять брюки (в том числе нижнее белье): расстегнуть пояс и молнию (пуговицы) на брюках; повернуть пациента на бок и спустить брюки на свободной стороне; повернуть пациента на другой бок и спустить брюки с другой части тела и другого бедра; повернуть пациента на спину.
6. Помочь пациенту надеть его пижамные брюки: повернуть пациента на бок и надеть одну штанину на одно бедро и часть ягодицы; повернуть пациента на другой бок и натянуть вторую штанину на второе бедро и другую часть ягодицы.
7. Помочь пациенту удобно лечь на спину.
8. Расправить постельное бельё, укрыть пациента одеялом.

Перемещение пациента с кровати на каталку (1 способ)

Цель: перемещение пациента с кровати на каталку (носилки).

Показания: тяжелое состояние больного.

Противопоказания: нет.

Оснащение: каталка, простыня – 2, кровать с изменяющейся высотой.

Обязательные условия: 4 человека, отсутствие посетителей.

Дополнительные условия: пациент после хирургической операции может оставаться какое-то время в состоянии наркоза или, будучи в сознании, испытывать боль. Начиная перемещение на каталку (кровать), нужно знать, в какой области тела ему была произведена операция, а также о других ограничениях, которые следует учитывать при перемещении (капельница, катетеры и т.д.). При необходимости придержать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления попросите ещё кого-нибудь помочь вам.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Встать вместе с помощником с одной стороны кровати, две другие сестры - с другой стороны кровати. Закрепить тормоза кровати. Изголовье кровати остается в горизонтальном положении. Убедиться, что каталка находится на одном уровне с кроватью.

4. Поставить каталку к той стороне кровати, куда вы будете перемещать пациента. Оставить достаточно пространства, чтобы встать между кроватью и каталкой.

5. Укрыть пациента простыней или одеялом. Сказать пациенту, чтобы он держал простыню или одеяло руками, в то время как вы свернете простыню в ножном конце кровати.

6. Передвинуть пациента к краю кровати. Не оставлять пространства между кроватью и каталкой.

7. Расправить простыню и оставить ее на матрасе (не заправлять). Проверить, чтобы простыня находилась на матрасе, а не между каталкой и кроватью. Верхней простыней укутать пациента, подвернув концы простыни под него. Встать близко к кровати, чтобы пациент не упал.

8. Две сестры стоят со стороны кровати, противоположной тому краю, куда был перемещен пациент, и придерживают его, чтобы он не упал; два других помощника придвигают каталку к краю кровати.

9. Закрепить тормоза на каталке. Если каталка снабжена ремнями - закрепить пациента на каталке.

10. Свернуть простыню в рулон с обеих сторон по направлению к пациенту и держать её ладонями вверх.

11. Двум медсестрам, стоящим вдоль кровати, встать на свободную половину кровати на колени (предварительно на эту часть кровати следует положить протектор).

12. На счет «три» (команду отдает одна из сестер) вчетвером поднять нижнюю простыню и передвинуть пациента на каталку вместе с простыней. Убедиться в том, что пациент лежит посередине каталки.

13. Транспортировать пациента к месту назначения: одна сестра – у изголовья, другая – у ногового конца каталки;

Перемещение тяжелобольного на каталку (2 способ)

Цель: перемещение пациента с каталки на кровать (носилки).

Показания: тяжелое состояние больного.

Противопоказания: нет.

Оснащение: каталка, простыня – 2, кровать с изменяющейся высотой.

Обязательные условия: 3 медработника, отсутствие посетителей.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры

2. Сообщить в лечебное или реанимационное отделение факт транспортировки пациента, его состояние. Уточнить номер палаты для пациента. Приготовить историю болезни.

3. Определить готовность каталки к транспортировке.

4. Постелить на каталку простыню, положить подушку, при необходимости — пеленку с клеенкой.

5. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации.

6. Приподнять пациента — один медработник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй — под таз и верхнюю часть бёдер, третий — под середину бедер и голени.

7. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.

8. Укрыть пациента одеялом.

Перемещение пациента с каталки на кровать

Цель: перемещение пациента с каталки на кровать.

Показания: тяжелое состояние больного.

Противопоказания: нет.

Оснащение: каталка (носилки), простыня – 2, кровать с изменяющейся высотой.

Обязательные условия: 4 медработника, отсутствие посетителей.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Поставить каталку рядом (вплотную к кровати), закрепить тормоза (каталки и кровати) и освободить края простыни (на каталке). Пациент должен быть укрыт простыней (одеялом)!

4. Попросить двух помощников встать с другой стороны кровати, положить протектор на кровать и встать на него коленями.

5. Свернуть края простыни по направлению к пациенту. На счет «три» (команду отдает одна сестра) поднять простыню, держа ее за края ладонями кверху, и передвинуть пациента на край кровати.

6. Сестрам, стоящим на кровати и коленях, встать на пол и придерживать пациента, в то время как двум другим сестрам отодвинуть в сторону каталку, а затем встать к краю кровати.

7. Переместить пациента к центру кровати, заправить простыню под матрас и расправить её.

8. При необходимости подложить подушку, приподнять голову и плечи пациента и подложить небольшую подушку.

9. Доложить врачу, если пациент испытывал боль при перемещении, если после перемещения промокла кровью повязка или появилась кровь в отделяемом по дренажным трубкам (в случае перемещения пациента после хирургической операции или перевязки).

Транспортировка больных

Цель: осуществление транспортировки.

Показания: переноска тяжелобольных по месту назначения.

Противопоказания: нет.

Оснащение: каталка (носилки), простыня – 2, кровать с изменяющейся высотой.

Обязательные условия: На каталке осуществляется не менее 2-мя медработниками. На носилках - не менее 4-х медработников.

Выполнение процедуры на каталке:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Встать у каталки: один медработник - спереди каталки, другой — сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.

4. Во время транспортировки осуществлять непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

5. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.

6. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).

7. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).

8. Передать историю болезни дежурной палатной медсестре.

Выполнение процедуры на носилках:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Встать у носилок: два медработника спереди, два — сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.

4. Передвижение персонала осуществлять не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.

5. Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении, при этом ручки носилок впереди идущих положены на плечи, позади идущих опущены вниз. Вверх по лестнице пациента нести головным концом носилок вперед, также в горизонтальном положении, при этом ручки носилок позади идущих положены на плечи, впереди идущих опущены вниз.

6. Во время транспортировки осуществлять непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

7. Поставить носилки так, как позволяет площадь палаты.

8. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).

9. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).

10. Передать историю болезни дежурной палатной медсестре.

Уход за полостью рта

Цель: гигиена полости рта.

Показания: гигиенический уход за полостью рта.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вата, корнцанг, теплая вода, 5% раствор борной кислоты или 2% раствор натрия гидрокарбоната.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Протереть губы и зубы с помощью пинцета и ватного шарика, смоченного в 5% растворе борной кислоты или в 2% растворе натрия гидрокарбоната, или просто теплой кипяченой водой. При протирании верхних коренных зубов шпателем оттянуть щеки, чтобы не внести инфекцию в выводной проток околоушной железы.

4. Чтобы протереть язык, нужно его конец обернуть стерильной салфеткой, слегка вытащить изо рта левой рукой, а правой, используя влажный ватный шарик, зажатый пинцетом, снять налет с поверхности языка.

5. После этой процедуры больной ополаскивает рот теплой водой.

Орошение полости рта

Цель: орошение полости рта.

Показания: воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вата, резиновая груша, кружка Эсмарха, шприц Жане, почкообразный лоток, шпатель, перексид водорода – 1 чайная ложка на стакан воды; 2 % раствор борной кислоты – 1 чайная ложка на стакан воды; раствор фурацилина 1 : 5000.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Грудь больного накрыть клеенкой, придать ему сидячее положение полу, у подбородка он держит почкообразный лоток для стекания промывной жидкости.

4. Оттягивая шпателем поочередно то левую, то правую щеку, ввести наконечник и оросить полость рта из кружки Эсмарха, которая

находится на 1 м выше головы больного. При этом происходит вымывание частиц пищи.

5. Если у больного развивается стоматит (кровоточивость десен, боли при приеме пищи, слюнотечение), применить аппликации - накладывание на 4 – 5 минуты стерильных марлевых салфеток, смоченных в 0,1 % растворе фурацилина, с болеутоляющими средствами.

Уход за глазами

Цель: утренний туалет.

Показания: белые гнойные выделения в уголках глаз.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вата, 2 % раствор борной кислоты.

Обязательное условие: ежедневно.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Во время утреннего туалета смыть гнойные выделения стерильным марлевым тампоном, смоченным в 2 % растворе борной кислоты. Движения тампона – от наружного края глаза к носу.

Промывание глаз

Цель: лечение конъюнктивита.

Показания: воспалительные изменения слизистой оболочки глаз, конъюнктивального мешка, ожоги химическими веществами.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вата, риванол 1:5000, калия перманганат 1:5000 или 2% раствор борной кислоты, почкообразный лоток, ундинка или резиновый баллончик.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Перед промыванием медицинская сестра обязательно должна вымыть руки.

4. Голову лежащего больного слегка запрокинуть назад и с височной стороны подставить лоток.

5. Раздвинуть веки указательным и большим пальцами левой руки.

6. Промыть глаз струей изотонического раствора натрия хлорида, раствором риванола 1:5000, калия перманганата 1:5000 или 2% раствором борной кислоты, используя стерильную ундинку или резиновый баллончик, направляя струю от виска к носу. Нельзя касаться век и ресниц больного.

Введение глазных капель

Цель: лечение конъюнктивита.

Показания: воспалительные изменения слизистой оболочки глаз, конъюнктивального мешка.

Противопоказания: нет.

Оснащение: стерильные глазные капли, стерильные ватные тампоны, смоченные стерильным 0,9% раствором натрия хлорида, пипетка, капельница с лекарством.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Перед промыванием медицинская сестра обязательно должна вымыть руки.

4. Влажными ватными тампонами, вытирая веки в направлении от наружного угла к внутреннему, снять выделения с глаз. Если выделений нет, этот этап можно опустить (в этом случае не нужны и ватные тампоны). *Внимание! Никогда не пользуйтесь сухими тампонами!*

5. Убедиться в том, что больной смотрит вверх.

6. Закапать 1-2 капли в нижний конъюнктивальный мешок, не касаясь капельницей какой-либо части глаза.

7. Для равномерного распределения лекарства попросить больного слегка закрыть глаза и поворачивать глазное яблоко.

Внимание! Используйте только стерильное лекарство, специально предназначенное для введения в глаз!

Закладывание глазной мази

Цель: лечение конъюнктивита.

Показания: воспалительные изменения слизистой оболочки глаз, конъюнктивального мешка.

Противопоказания: нет.

Оснащение: глазная мазь, стерильные ватные тампоны, смоченные стерильным 0,9% раствором натрия хлорида, стерильная марлевая салфетка.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Перед промыванием медицинская сестра обязательно должна вымыть руки.
4. Влажными ватными тампонами, вытирая веки в направлении от наружного угла к внутреннему, снять выделения с глаз.
5. Держать тюбик с мазью почти горизонтально: это облегчит контроль количества мази и сведет к минимуму вероятность прикосновения кончика тюбика к главному яблоку или конъюнктиве.
6. Выдавить примерно 1,5 см мази в нижний конъюнктивальный мешок.
7. Попросить больного закрыть веки и подвигать глазным яблоком для того, чтобы мазь равномерно распределилась по внутренней поверхности век и по поверхности глазного яблока.
8. Излишки мази снять стерильным тампоном.

Уход за ушами

Цель: гигиена ушей.

Показания: скопление серы в ушах.

Противопоказания: нет.

Оснащение: ватная турунда, тонкий зонд с винтовой нарезкой на конце, 3 % раствор пероксида водорода.

Обязательное условие: 2-3 раза в неделю, чтобы не образовывались серные пробки.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Уложить больного на бок, противоположный обрабатываемому уху.
4. Закапать в ухо 3 % раствор пероксида водорода.
5. Протереть наружные слуховые проходы с помощью ватной турунды.
6. Осушить ухо тонким зондом с винтовой нарезкой на конце, туго намотанной на его конец гигроскопической, стерильной ватой. Протирание уха проводится следующим образом: левой рукой оттянуть ушную раковину кзади и кверху, а правой осторожно ввести зонд с

навернутой на конце ватой в наружный слуховой проход и легкими вращениями зонда очистить его.

Введение лекарства в уши

Цель: гигиена ушей.

Показания: скопление серы в ушах.

Противопоказания: нет.

Оснащение: ватная турунда, тонкий зонд с винтовой нарезкой на конце, 3 % раствор пероксида водорода.

Обязательное условие: 2-3 раза в сутки, каждый раз удерживая лекарство в течение 10–15 минут.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Подогреть лекарство до температуры тела.

4. Уложить больного на бок, противоположный обрабатываемому уху. При закапывании в правый наружный слуховой проход больной ложится на левый бок или наклоняет голову влево, если закапывают в левый наружный слуховой проход - наоборот. При введении ушных капель пациент должен лежать на боку так, чтобы больное ухо было направлено вверх.

5. Выпрямить наружный слуховой проход, для этого левой рукой оттянуть ушную раковину кзади и кверху.

6. Правой рукой ввести конец пипетки в слуховой проход и закапать по его наружной стенке необходимое количество капель лекарства.

7. Попросить больного наклонить голову в сторону больного уха, чтобы излишки капель из него вытекли (можно подсушить слуховой проход ватной турундой).

Промывание слухового прохода

Цель: удаление серной пробки.

Показания: наличие серной пробки.

Противопоказания: нет.

Оснащение: шприц Жане ёмкостью 100-200 мл, вода (36-37 °С), почкообразный лоток, вата, глицериновые капли, ватная турунда, тонкий зонд с винтовой нарезкой на конце.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Усадить больного перед собой боком таким образом, чтобы свет падал на его ухо.
4. В руки больному дать лоток, который больной должен прижать к шее под ушной раковиной.
5. Набрать воду в шприц Жане.
6. Левой рукой оттянуть ушную раковину кверху и кзади, а правой - ввести наконечник шприца в наружный слуховой проход.
7. Струю жидкости нагнетать толчками по верхнезадней стенке слухового прохода.
8. Слуховой проход после промывания высушить ватой.
9. Если пробку удалить не удаётся, её нужно размягчить содово-глицериновыми каплями.

Уход за полостью носа

Цель: гигиена полости носа.

Показания: наличие корочек в носу.

Противопоказания: нет.

Обязательное условие: ежедневно.

Оснащение: ватная турунда, смоченная вазелиновым маслом или глицерином.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. В носовые ходы ввести ватную турунду, смоченную вазелиновым маслом или глицерином, на 2–3 минуты, после чего вращательными движениями вытащить ее и удалить корочки.

Уход за волосами (мытьё волос в постели)

Цель: гигиена головы.

Показания: загрязнение волос.

Противопоказания: нет.

Оснащение: таз, теплая вода, шампунь, полотенце, клеенка, индивидуальная расческа.

Обязательное условие: 1 раз в неделю.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Приподнять голову и верхнюю часть туловища пациента вместе с матрасом.
4. Поставить подголовник у головного конца кровати.
5. Запрокинуть больному голову таким образом, чтобы она оказалась над тазиком.
6. Поставить тазик у головного конца кровати.
7. Намочить волосы, хорошо намылить кожу головы и волосы.
8. Ополоснуть кожу головы и волосы, поливая теплую воду из кувшина или кружки.
9. Насухо вытереть и расчесать индивидуальной расческой.
10. Повязать полотенце или косынку.
11. Уложить пациента удобно на подушку.
12. Вымыть руки.

Мытье всего тела в постели

Цель: гигиена тела.

Показания: загрязнение тела.

Противопоказания: нет.

Оснащение: таз, теплая вода, жидкое мыло, полотенце, клеенка.

Обязательное условие: 1 раз в неделю.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Убрать подушки.
4. Подложить под больного клеенку.
5. Раздеть и укрыть больного.
6. Положить полотенце под голову и плечи.
7. Вымыть и вытереть шею.
8. Затем вымыть и вытереть кисть, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку.
9. Окунуть кисть больного в воду.
10. Хорошо вытереть кожу между пальцами рук.
11. Сделать то же самое с другой рукой.
12. Затем вымыть грудную клетку и живот.

13. После вытирания грудной клетки и живота больного уложить на бок.

14. Затем вымыть спину и ягодицы.

15. Спину и ягодицы высушить полотенцем, убрать клеенку.

16. После этого спину протереть спиртом, кожные складки присыпать тальком.

17. Затем больного одеть, комфортно уложить больного и укрыть одеялом.

Мытье ног в постели

Цель: гигиена ног.

Показания: загрязнение ног.

Противопоказания: нет.

Оснащение: таз, теплая вода, мыло; мочалка; полотенце, клеенка, вазелин или смягчающий крем для ног.

Обязательное условие: 1 раз в неделю.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Поставить таз на клеенку.

4. Налить воды до половины таза.

5. Опустить ноги больного в таз с минимальной физической нагрузкой для больного.

6. Хорошо намылить ноги, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа.

7. Ноги сполоснуть чистой теплой водой, приподняв их над тазом.

8. Убрать таз.

9. Ноги вытереть насухо полотенцем, особенно между пальцев.

10. Смазать подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног, надеть носки.

11. Вынуть клеенку.

12. Удобно уложить ноги в постели и закрыть их одеялом.

Стрижка ногтей

Цель: гигиена ногтей.

Показания: длинные ногти.

Противопоказания: нет.

Оснащение: резиновые перчатки, ножницы и щипчики для стрижки ногтей, теплая вода, жидкое мыло, крем для рук и ног, спирт (70%), таз и лоток для воды, полотенца.

Обязательное условие: 1 раз в неделю.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Разложить необходимое оснащение, нагреть воду, надеть перчатки.
4. Добавить в лоток с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2–3 мин. кисти пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).
5. Поочерёдно извлекая пальцы большого из воды, вытирать их и аккуратно подрезать ногти. Обработать руки пациента кремом.
6. Добавить в таз с тёплой водой жидкое мыло и опустить в него на 2-3 мин. стопы пациента (поочерёдно по мере обрезки ногтей).
7. Положить стопу на полотенце (поочерёдно по мере обрезки ногтей), вытереть её и остричь ногти специальными щипчиками. Обработать стопы кремом.
8. Прозеинфицировать ножницы и щипчики спиртом.
9. Снять перчатки, вымыть руки.

Уход за больным при рвоте

Цель: оказание помощи при рвоте.

Показания: любые заболевания, вызвавшие рвоту.

Противопоказания: нет.

Оснащение: таз или ведро, содовый 2% раствор.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Придать удобное положение полусидя, на боку, наклонив его голову вниз.
4. На пол подставить таз, а к углу рта поднести лоток или полотенце.
5. После рвоты необходимо дать пациенту прополоскать рот водой (тяжёлым больным следует очистить полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором натрия гидрокарбоната, калия перманганата).
6. Уложить в кровать, накрыть одеялом. Внимательно наблюдать за состоянием больного и не оставлять его без присмотра, не допускать аспирации рвотных масс.

7. При наличии в рвотных массах примеси крови больного уложить в постель, подняв ножной конец кровати, срочно вызвать врача. До прихода врача на эпигастральную область положить пузырь со льдом. Следует оценить пульс (частота, наполнение) и измерить АД.

8. Произвести сбор рвотных масс при каждом эпизоде рвоты с целью определения их количества и состава с последующим лабораторным исследованием. Для сбора используют стеклянный сосуд с широким горлом ёмкостью до 2 л с градуировкой на боковой поверхности и закрывающейся крышкой. Если рвота повторяется, рвотные массы необходимо собирать в отдельные ёмкости, так как изменения качественного состава и количества рвотных масс могут иметь диагностическое значение. Рвотные массы следует сохранять до прихода врача, который принимает решение об их направлении на лабораторное исследование.

9. Обеззаразить рвотные массы: в ёмкости с крышкой засыпать сухой хлорной известью (200 г на 1 кг рвотных масс) и перемешать. Через час содержимое ёмкости вылить в канализацию.

Наблюдение за водным балансом

Цель: выявление скрытых отёков, определение количества выделенной за сутки мочи, оценка адекватности терапии, в первую очередь мочегонной (диуретической).

Показания: заболевания почек различного генеза.

Противопоказания: нет.

Оснащение: медицинские весы, чистая сухая 2-3-литровая банка, два градуированных сосуда, лист учёта водного баланса, температурный лист.

Обязательное условие: 5-10 мин. отдыха перед измерением АД, измерять АД через 1-2 ч. после приёма пищи и не ранее чем через 1 ч. после употребления кофе и курения.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Накануне предупредить больного о предстоящей процедуре и правилах сбора мочи, дать ему подробную информацию о порядке записей в листе учёта водного баланса.

4. В 6 ч. утра разбудить пациента, чтобы он помочился самостоятельно в унитаз, либо выпустить ему мочу катетером; эту порцию мочи не учитывают.

5. Все последующие порции мочи до 6 ч. утра следующего дня включительно пациент должен собирать в банку.

6. В течение дня больной или медсестра ведут учёт введённой в организм жидкости в миллилитрах, включая выпитую (первые блюда - 75% жидкости) и введённую парентерально.

7. С помощью градуированного сосуда подсчитать количество выделенной за сутки мочи.

8. Данные измерений занести в специальную графу температурного листа.

Оценка водного баланса

1. Подсчитать, какое количество жидкости должно выделиться с мочой.

2. Сравнить объём выделенной жидкости с ожидаемым количеством (вычисленным по формуле: количество поступившей жидкости (включая не только содержание воды в пище, но и парентеральные растворы) умножают на 0,8 (80%).

Подмывание и подача судна

Цель: осуществление актов мочеиспускания и дефекации.

Показания: позыв на дефекацию или мочеиспускание, соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: судно, ширма, клеенка, корнцанг с ватой, чистая сухая салфетка, кувшин или кружка Эсмарха, теплый (37–38 °С) антисептический раствор (слабо-розовый раствор калия перманганата или раствор фурациллина 1:5000).

Обязательное условие: лежачий пациент, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Отгородить ширмой от окружающих, подложить под таз больного клеенку.

4. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.

5. Левую руку подвести сбоку под крестец больного, помогая больному приподнять таз (его ноги согнуты в коленях).

6. Правой рукой подвести судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.

7. Прикрыть больного одеялом и оставить его одного.

8. После акта дефекации вылить содержимое судна в унитаз, промыть судно горячей водой (лучше с моющим порошком).

9. Перед подмыванием под ягодицы больного подвести клеенку, а затем подложить судно.

10. Больному согнуть колени и развести ноги.

11. На область половых органов из кувшина или кружки Эсмарха полить теплый (37–38 °С) антисептический раствор (слабо-розовый раствор калия перманганата или раствор фурациллина 1:5000).

12. Пинцетом или корнцангом с помощью ватного тампона протереть кожу в области половых органов (движения тампона направлены от промежности к заднему проходу, с тем, чтобы не занести инфекцию в мочеполовую систему).

13. Осушить промежность, убрать клеенку.

14. Прозеинфицировать судно дезраствором.

Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Показания: профилактика восходящей инфекции.

Противопоказания: нет.

Оснащение: как для подмывания пациента.

Выполнение процедуры:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.

2. Рассказать пациенту правила ухода за катетером и мочеприемником (дренажным мешком), промежностью. В план обучения включить следующие сведения об устройстве системы «катетер — дренажный мешок»; вопросы личной гигиены, соблюдения асептики; удаление мочи и очистка мочеприемника; советы по соблюдению питьевого режима и диеты и др.

3. Вымыть половые органы и промежность по принятой методике.

4. Вымыть ватными тампонами, затем высушить 10 см катетера (от участка, где он выходит из уретры).

5. Осмотреть область уретры вокруг катетера. Убедиться, что моча не подтекает. Если происходит подтекание мочи мимо катетера: проверить, не образовались ли мочевые камни внутри катетера. Сообщить врачу, если дренаж закупорился, заменить катетер.

6. Осмотреть кожу промежности на предмет признаков инфекции - гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое являются признаками инфекции. Сообщить врачу о появлении признаков ин-

фекции.

7. Убедиться, что происходит дренирование (отток) мочи из мочевого пузыря по системе «катетер — дренажный мешок». Проверить, не скручены ли трубки системы.

8. Снять пластырь, сменить его и приклеить к бедру на другое место без натяжения (или кровати).

9. Устранить другие возможные нарушения в работе системы «катетер — дренажный мешок». При наличии крови в моче или возникновении боли в мочевом пузыре немедленно сообщить врачу!

10. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. Если трубка катетера натянута, необходимо осторожно снять пластырь, сменить его и приклеить к бедру на другое место без натяжения.

11. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати или бедру.

12. Закончить процедуру так же, как при подмывании.

Уход за подключичным катетером

Цель: предупреждение развития флебита и катетерной инфекции.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания: нет.

Оснащение: спирт 70%, 3% раствор перекиси водорода, 1% спиртовой раствор повидон-йода или бриллиантового зеленого, стерильные шарики, стерильные салфетки размером 5х3, стерильный пинцет, ножницы, стерильные мензурки, стерильные перчатки, лейкопластырь (заранее приготовленный в виде «штанишек»), гепарин 2500 ЕД, изотонический раствор натрия хлорида – 5 мл, лоток для использованного материала

Обязательное условие: перевязочный кабинет, присутствие врача.

Выполнение процедуры:

1. Вымыть руки, соблюдая технику мытья рук.
2. Подготовить оснащение для проведения процедуры.
3. Провести гигиеническую асептику рук, надеть стерильные перчатки.
4. Налить 50 мл 3% раствора перекиси водорода в стерильную мензурку и облить повязку.
5. Стерильным пинцетом удалить повязку.
6. Обработать кожу вокруг катетера 3% раствором перекиси водорода.
7. Обработать сам катетер 70% спиртом.

8. Обработать кожу вокруг катетера раствором бриллиантового зеленого.

9. Промыть раствором гепарина и сделать гепариновую пробку: 5 мл изотонического раствора хлорида натрия + 2500 ЕД гепарина.

10. Зафиксировать катетер полосками лейкопластыря (разрез «штаншишки»).

11. Закрыть стерильной салфеткой и сверху зафиксировать лейкопластырем.

12. Зафиксировать дату и время перевязки катетера в журнале.

Уход за назогастральным и назогастроинтестинальным зондами

Цель: уход за назогастральным зондом.

Показания: гигиена зонда, предупреждение преждевременной замены питательной трубки.

Противопоказания: нет

Оснащение: зонд, шприц 20 мл, индикаторная бумага для определения уровня рН; водопроводная вода

Обязательное условие: промывание зонда 3 раза в день.

Выполнение процедуры:

1. Вымыть руки.

2. Убедиться, что зонд установлен правильно. Для этого очень медленно и осторожно заполните шприц желудочной жидкостью, измерьте кислотность содержимого желудка.

3. Капните небольшим количеством жидкости на индикаторную бумагу. Если уровень рН составляет 5.5 или менее, зонд установлен правильно.

4. Промойте зонд, используя 20-40 мл воды.

4. Поменяйте гипоаллергенную накладку для носа, тщательно очистите кожу, если кожа носового отверстия повреждена, вставьте трубку в другое отверстие.

5. Проведите гигиенический уход полости рта.

Уход за трахеостомой

Цель: обеспечение дыхания.

Показания: наличие трахеостомы после хирургического вмешательства по поводу инородных тел, химических и термических ожогов; черепно – мозговой травмы, острой недостаточности мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, комы, астматического статуса и др.

Обснащение: трахеостомическая трубка, теплый содовый раствор (1 чайная ложка на стакан теплой кипяченой воды), можно в сочетании с ферментным препаратом (хемотрипсин).

Обязательное условие: проведение процедуры не менее 3-х раз в день, по необходимости чаще.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Извлечь трахеостомическую канюлю из трахеостомы: для этого развязать фиксирующие завязки, сдуть шприцем манжетку и извлечь канюлю.

4. Очистить внутренний проход канюли от слизи и корок с помощью марлевого тампона и кипяченой воды.

5. Ввести канюлю в трахеостому ввинчивающим движением. В начале движения трахеостомической канюле придать такое положение, что ее "ушки" лежат по оси трахеи, а по мере продвижения совершают поворот на 90°.

6. Очистить трахею и верхние отделы бронхов от застоявшейся мокроты, корок. Для этого закапать в канюлю теплый содовый раствор (1 чайная ложка на стакан теплой кипяченой воды), можно в сочетании с ферментным препаратом (хемотрипсин).

7. При вязком содержимом отсосать содержимое трахеи с помощью электроотсоса. Перед отсасыванием дать вдохнуть увлажненный кислород, закапать в трахею (через стому) 3- 5 мл теплого стерильного раствора гидрокарбоната, раствора хемотрипсина.

8. После закапывания попросить больного откашляться.

9. Обеспечить уход за кожей:

а) очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток и теплой кипяченой воды или фурацилина (1 таблетка на 1 стакан кипяченой воды), слабо-розового раствора марганцевокислого калия;

б) подсушить кожу с помощью салфеток;

в) нанести на чистую кожу либо цинковую пасту, либо пасту Лассара, либо мазь "Стомагезив", обработать кожу тальком или сухим танином;

г) избыток мази или пасты удалить с помощью салфетки;

д) под ушки трахеостомической канюли завести стерильные салфетки с Y-образным разрезом. После чего закрепить фиксирующие завязки на шее.

Уход за гастростомой

Цель: предотвращение осложнений, воспаления.

Показания: наличие гастростомы после хирургического вмешательства.

Оснащение: теплая кипяченая вода или раствор фурацилина 1:5000, или 10% раствор танина, или 0,5 % раствор марганцево – кислого калия; салфетки, асептическая повязка, мазь, паста, присыпка.

Обязательные условия: для закрепления стомы проводить 1 раз в день провертывание трубки или стабилизирующего диска.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Проверить положение трубки, оценить остаточный объем в желудке.

4. Над отверстием гастростомической трубки наложить асептическую повязку.

5. Провести туалет кожи вокруг стомы:

а) кожу вокруг гастростомы гладко выбрить;

б) промыть теплой кипяченной водой или раствором фурацилина 1:5000, или 10% раствором танина, или 0,5 % раствором марганцево – кислого калия;

в) подсушить с помощью салфеток;

г) по назначению врача нанести индифферентную мазь, пасту, присыпку: цинковая паста, паста Лассара, дерматоловая паста, присыпки: сухой танин, тальк, каолин;

д) после впитывания остатки снять салфеткой.

Уход за колостомой, илеостомой

Цель: предотвращение осложнений, воспаления.

Показания: наличие колостомы (илеостомы) после хирургического вмешательства с развитием острой кишечной непроходимости и/или перитонита (опухоли); осложнения после операций на толстой кишке (несостоятельность швов анастомозов); травмы и ранения кишечника при наличии перитонита.

Оснащение: теплая кипяченая вода или раствор фурацилина 1:5000, или 10% раствор танина, или 0,5 % раствор марганцево – кислого калия; салфетки, асептическая повязка, мазь, паста, присыпка.

Обязательные условия: для закрепления стомы проводить 1 раз в день провертывание трубки или стабилизирующего диск.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Удалить выделяемые жидкие или оформленные каловые массы.
4. Промыть стому теплой кипяченой водой.
5. Обработать кожу вокруг колостомы теплой кипяченой водой и подсушить салфетками;
6. Нанести на кожу пасту Лассара (дерматоловую или цинковую пасту) или мазь "Стомагезив".
7. Удалить излишки пасты или мази после впитывания с помощью салфеток.
8. Наложить на выступающую слизистую оболочку ("розочку") салфетку, смазанную вазелином.
9. Закрыть свищ марлей.
10. Наложить на повязку вату.
11. Укрепить повязку бинтом или бандажом.

Использование калоприемника

Цель: опорожнение кишечника.

Показания: наличие колостомы (илеостомы) после хирургического вмешательства.

Оснащение: новый калоприемник (одно- или двухкомпонентный соответствующего размера); мерку (трафарет) для проверки размера стомы - он может меняться; мазь "Стомагезив" или паста Лассара; бумажные полотенца или салфетки; бумажный мешочек;

небольшие ножницы (желательно с одним закругленным и другим острым концом); запасной зажим (для дренируемых калоприемников); маленькое зеркальце.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Подготовить чистый калоприемник (ножницами следует увеличить центральное отверстие пластины таким образом, чтобы оно аккуратно вмещало в себя колостому).
4. Осторожно отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части. Старайтесь не тянуть кожу.

5. Выбросить использованный калоприемник, поместив его в бумажный или пластиковый пакет или в контейнер отходов класса б.
6. Кожу вокруг стомы вытереть, используя сухие марлевые или бумажные салфетки.
7. Промыть стому теплой кипяченой водой.
8. Кожу вокруг стомы промыть теплой кипяченой водой.
9. Промокнуть салфетками кожу досуха (нельзя использовать вату, так как она оставляет ворсинки).
10. Кожу вокруг колостомы смазать кремом "Стомагезив" или пастой Лассара.
11. Избыток крема убрать марлевой салфеткой.
12. С помощью мерки промерить заново размер колостомы.
13. Приклеить на стому чистый калоприемник, пользуясь инструкцией изготовителя.

Уход за цистостомой

Цель: обеспечение мочевыделения.

Показания: наличие цистостомы или катетеризации мочевого пузыря при острой задержке мочи.

Оснащение: антисептический раствор для промывания мочевого пузыря (0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор фурагина или калия перманганата); стерильные лоток с перевязочными материалами и шприц Жане; емкость для сбора мочи и промывных вод; стерильные перчатки; клеенка, пеленка, подкладное судно; кувшин с водой.

Обязательное условие: катетер и дренажный мешочек могут быть соединены в течение 5 – 7 дней. Для хорошего оттока мочи приемник должен быть расположен ниже уровня мочевого пузыря, особенно в ночное время. Если пациент ходит, мочеприемник прикрепляется к бедру или голени, если лежит, мочеприемник подвешивается к раме кровати. Регулярное, не реже 2 раз в неделю, промывание мочевого пузыря. Смену катетера производит врач не реже 1 раза в месяц.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Под ягодичы больного подложить клеенку и пеленку, а затем судно.
4. Сменить перчатки и произвести туалет полового органа.
5. Надеть стерильные перчатки, взять шприц Жане и набрать в него 50-100 мл антисептического раствора.

6. Медленно через катетер ввести раствор в мочевой пузырь.

7. Отсоединить от катетера шприц, при этом раствор должен самостоятельно вытекать в подставленный лоток.

8. Промывание мочевого пузыря произвести несколько раз до "чистых промывных вод".

9. Если больной передвигается самостоятельно, то конец катетера поместить в полиэтиленовый мочеприемник, который необходимо закрепить под одеждой на животе или бедре.

10. По мере накопления мочи мочеприемник опорожнить через нижнее отверстие, снабженное вентилем.

Оснащение: перчатки, мерная емкость для сбора и измерения мочи, тампон со спиртом, емкости для отходов класса Б, дезсредства.

а) Надеть перчатки.

б) Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка.

в) Освободить отводную трубку из держателя. Открыть зажим трубки и слить мочу в мерную емкость. Отводная трубка не должна прикасаться к стенкам мерной емкости или пола.

г) Снять перчатки и поместить в отходы класса Б.

д) Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты.

е) Сделать запись о количестве мочи, времени ее измерения, цвете, запахе и прозрачности.

11. Мочеприемник обработать раствором дезинфицирующих средств.

12. Перед выпиской из клиники обучить больного, как пользоваться постоянным мочеприемником и обрабатывать его дезинфицирующими средствами.

Уход за дренажными системами плевральной полости

Цель: обеспечение санации плевральной полости, проведение лечения.

Показания: торакоскопия, торакоскопические манипуляции, введение дренажа в плевральную полость при эмпиеме плевры, пневмоторакс, гемоторакс, абсцесс легкого.

Противопоказания: нет.

Оснащение: антисептик для промывания дренажа, спирт этиловый 70° 5 мл, стерильный физиологический раствор 0.9% - 500 мл, стерильный гипертонический раствор, повидон-йод, перекись водорода 3%, перчатки нестерильные, пластырь шириной 5 см, стерильные перчатки, салфетки стерильные, бинт, фартук, маска, полотенце, секундо-

мер или часы с секундомером, шпатель, стул (при выполнении манипуляции в положении сидя)

Обязательное условие: лежащий пациент, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

5. Открыть емкость с физиологическим раствором или с дистиллированной водой.

6. Развернуть систему дренирования (стерильные резиновые трубки с контрольным стеклом).

7. Налить раствор антисептика в емкости для сбора содержимого плевральной полости: при использовании системы дренирования по Бюлау (объем раствора указан в назначении врача или до линии, обозначенной на емкости).

8. Надеть перчатки и присоединить свободный конец трубчатого дренажа, выходящий из плевральной полости, к системе для проведения дренирования: при смене дренажной системы, перед ее отсоединением. Для профилактики пневмоторакса, необходимо наложить зажим на конец плеврального дренажа или попросить пациента сделать вдох и задержать дыхание. В это время быстро произвести замену дренажной системы.

9. Отрегулировать скорость эвакуации содержимого плевральной полости (по частоте выделяемых пузырьков в емкости для сбора жидкости дренажной системы).

10. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.

11. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

12. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.

13. Сделать запись в медицинской документации о выполнении назначенной врачам манипуляции.

Уход за плевральной дренажной трубкой

Цель: уход за плевральной дренажной трубкой.

Показания: наличие дренажа.

Противопоказания: нет.

Оснащение: антисептик для промывания дренажа, спирт этиловый 70° 5 мл, стерильный физиологический раствор 0.9% - 500 мл, стерильный гипертонический раствор, повидон-йод, перекись водорода 3%, перчатки нестерильные, пластырь шириной 5 см, стерильные перчатки, салфетки стерильные, бинт, фартук, маска, полотенце, секундомер или часы с секундомером, шпатель, стул (при выполнении манипуляции в положении сидя).

Обязательное условие: лежачий пациент, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Уложить пациента на перевозочный стол.

4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. Надеть перчатки.

6. Снять пинцетом повязку вокруг дренажа, поместить ее в емкость для отработанного материала.

7. Обработать кожу вокруг дренажа антисептиком, салфеткой на пинцете (в направлении от дренажа).

8. Наложить вокруг дренажа стерильные салфетки, не менее трех слоев, зафиксировать пластырем или патентованной клеевой повязкой.

9. Каждые 1-2 часа (или как указано в назначении врача) необходимо контролировать работу дренажной системы: скорость выхода пузырьков из плеврального дренажа в емкость, колебание жидкости в гидравлической емкости при дыхании, объем извлекаемой жидкости; данные фиксировать в медицинской документации; состояние основных физиологических параметров пациента: АД, пульс, ЧДД; состояние повязки вокруг дренажа (качество фиксации, загрязнение).

10. При прекращении дренирования или замедлении его скорости использовать процедуры, принятые в данном лечебном учреждении.

«Сдаивание»

а) правой рукой прижать дренаж пальцами к ладони у места выхода его из плевральной полости.

б) левой рукой сжать дренаж чуть ниже правой руки.

в) отпустить правую руку и зажать дренаж чуть ниже левой руки.

г) передвигать руки таким образом по дренажу до емкости для сбора жидкости.

«Скользящее сдавление»

а) левой рукой сжать дренаж у места выхода его из плевральной полости.

б) пальцы правой кисти смазать мазью или вазелиновым маслом и зажать дренаж чуть ниже левой руки.

в) скользящим движением пальцев правой кисти провести вниз по дренажу к емкости дренажной системы; разжать пальцы левой кисти, затем правой; повторить указанные движения 2-3 раза. При отсутствии эффекта от проводимых действий сообщить врачу о выявленных нарушениях в работе дренажной системы.

11. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.

12. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

13. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.

14. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Уход за дренажными системами брюшной полости

Цель: удаление секрета, гноя.

Показания: наличие дренажа.

Противопоказания: нет.

Обснащение: антисептик для промывания дренажа, спирт этиловый 70° 5 мл, стерильный физиологический раствор 0.9% - 500 мл, стерильный гипертонический раствор, повидон-йод, перекись водорода 3%, цинковая паста или паста Лассара, перчатки нестерильные, пластырь шириной 5 см, стерильные перчатки, салфетки стерильные, бинт, фартук, маска, полотенце, секундомер или часы с секундомером, шпатель, стул (при выполнении манипуляции в положении сидя).

Обязательное условие: лежачий пациент, 1 медработник, смена дренажных трубок – 1 раз в сутки, смена емкости для сбора жидкости – не реже 1 раза в сутки, по необходимости чаще.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Произвести смену повязки под руководством врача, как описано выше.

4. Произвести промывание брюшной полости через дренаж.

5. Удалить остатки промывной жидкости из брюшной полости.

6. Поменять дренажные трубки.

7. Прикрепить к кровати емкость для сбора содержимого из полости, налить в нее немного дезинфицирующего раствора.

8. Опустить трубку на дно банки, зафиксировав ее бинтом.

9. Обработать кожу теплым раствором фурацилина, просушить стерильным шариком, нанести на нее толстый слой цинковой пасты или пасты Лассара.

10. Наложить сухую асептическую повязку из нескольких слоев больших марлевых салфеток с разрезом до середины (штанишки) так, чтобы можно было через разрез пропустить дренаж. Вторую салфетку уложить в противоположном направлении, следя за тем, чтобы разрезанная часть верхней салфетки легла на целую часть нижней.

11. Снять перчатки.

II. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Исследование пульса на лучевой артерии

Цель: диагностическая

Показания: профилактический осмотр, лечение.

Противопоказания: нет.

Оснащение: нет.

Обязательное условие: 5-10 мин. отдыха перед измерением пульса, измерять пульс через 1-2 ч. после приёма пищи и не ранее чем через 1 ч. после употребления кофе и курения.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Возьмите часы или секундомер, температурный листок, красный карандаш.

4. Возьмите обе руки пациента и обхватите в области лучезапястных суставов так, чтобы большие пальцы рук были на внешней поверхности предплечий пациента снизу, а кончики вторых, третьих и четвертых пальцев оказались на внутренней поверхности предплечий сверху.

5. Пропальпируйте артерии на обеих руках, с умеренной силой прижав их к лучевым костям, и определите синхронность и ритмичность пульсовых волн.

6. Опустите одну руку пациента, отметьте время на секундомере и подсчитайте частоту пульса на протяжении 1 мин.

7. Определите напряжение пульса, обратите внимание на его ритм и наполнение.

8. Зарегистрируйте значение частоты пульса в температурном листке красным цветом.

Подсчет числа дыхательных движений (ЧДД)

Цель: измерение частоты дыхательных движений.

Показания: профилактический осмотр, при заболеваниях.

Противопоказания: нет.

Оснащение: фонендоскоп.

Обязательное условие: 5-10 мин. отдыха перед измерением ЧДД, измерять ЧДД через 1-2 ч. после приёма пищи и не ранее чем через 1 ч. после употребления кофе и курения.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Пальцами правой руки охватить кисть пациента в области лучезапястного сустава, при этом I палец располагается на тыльной стороне предплечья, а II—V пальцами нащупать пульсирующую лучевую артерию и прижать ее к лучевой кости.

4. Другую руку положить на грудь (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область (при брюшном типе дыхания).

5. Подсчитать число вдохов за минуту (норме у взрослого – 80-20 дыханий в 1 минуту, у новорожденного - 40-60, у детей 1 года – 30-35, 5 лет – 25).

6. Данные записать в температурный лист — графа «Дыхание».

Измерение артериального давления

Цель: измерение артериального давления.

Показания: профилактический осмотр, при заболеваниях.

Противопоказания: нет.

Оснащение: фонендоскоп, тонометр.

Обязательное условие: 5-10 мин. отдыха перед измерением АД, измерять АД через 1-2 ч. после приёма пищи и не ранее чем через 1 ч. после употребления кофе и курения.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Усадить пациента на стул с прямой спинкой, опереться спиной на спинку стула, расслабить ноги и не скрещивать их, руку положить на стол ладонью вверх.

4. На обнаженное плечо выше локтевого сгиба плотно наложить манжетку на уровне сердца больного таким образом, чтобы нижний край манжеты (с местом выхода резиновой трубки) находился примерно на 2-2,5 см выше локтевого сгиба, а между плечом больного и манжетой можно было бы провести один палец. При этом середина баллона манжеты должна находиться точно над пальпируемой артерией, а расположение резиновой трубки не должно мешать аускультации артерии.

5. На область локтевого сгиба приложить фонендоскоп.

6. Закрывать вентиль, сжиманием резиновой груши быстро нагнест баллоном воздух в манжетку, фиксируя момент, когда исчезает звук пульсации крови в сосуде. После этого сделать еще несколько нагнетательных движений (выше на 20-30 мм рт. ст.) уровня, при котором исчезает пульсация на плечевой артерии.

7. Приоткрыть вентиль баллона и постепенно снижать давление в манжетке. В момент появления звуковых ударов регистрировать показатель манометра. Первый короткий громкий звуковой удар - это систолическое давление. Момент исчезновения звуковых ударов - диастолическое давление.

8. Выпустить весь воздух из манжетки, открыв вентиль, затем снять манжету с руки пациента.

9. Занести полученные величины АД в температурный лист в виде столбиков красного цвета соответственно шкале АД. Значение АД округлить до ближайших 2 мм рт. ст.

Измерение температуры тела в подмышечной впадине

Цель: измерение температуры.

Показания: любые заболевания.

Противопоказания: нет.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате.

Оснащение: ртутный или электронный термометр, сухая салфетка.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Предварительно встряхнуть ртутный термометр так, чтобы его показания установились на минимальной отметке.

4. Резервуар с ртутью установить в вершине, предварительно высушенной подмышечной впадины.

5. Прижать руку к грудной клетке и удерживать термометр в течение не менее 5 минут; при использовании электронного термометра – обычно не более 3 минут (до появления звукового сигнала).

6. При многократном измерении использовать одну и ту же подмышечную впадину для повышения точности измерений.

Измерение температуры тела в прямой кишке

Цель: измерение температуры.

Показания: любые заболевания.

Противопоказания: нет.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате.

Оснащение: ртутный или электронный термометр.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Встряхнуть ртутный термометр до минимального значения.

4. На резервуар с ртутью или на датчик (электронный термометр) нанести смазку.

5. При измерении у взрослого человека – положить больного на левый бок, развести ягодицы и ввести наконечник термометра в прямую кишку на глубину 5 см; при измерении у ребенка – уложить ребенка на спину, приподнять ноги, термометр ввести на глубину 5 см (не оказывая давления !!!).

6. Длительность измерения температуры – 3 минуты при использовании ртутного термометра, до появления звукового сигнала – при использовании электронного термометра.

Сублингвальное измерение температуры тела

Цель: измерение температуры.

Показания: любые заболевания.

Противопоказания: нет.

Оснащение: ртутный или электронный термометр.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Встряхнуть ртутный термометр до минимального значения.
4. Резервуар с ртутью установить на дне рта под языком по средней линии.
5. Попросить пациента губами удерживать термометр, плотно закрыв рот, дышать через нос;
6. Длительность измерения температуры – до 3 минут.

Пролежни (лечение)

Цель: лечение пролежней.

Показания: лечение пролежней, соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: функциональная кровать, противопролежневый матрац, чистое белье (одежда), простыня, резиновое судно, ватно-марлевые круги, полуспиртовой раствор, камфорный спирт, 3 % раствор уксуса, холодная вода, мыло, мазь «Левомиколь», 2 % раствор бриллиантового зеленого или 5 % раствор калия перманганата, детская пудра, стерильные салфетки.

Обязательное условие: лежачий пациент, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Уложить пациента на кровать.
4. При первой стадии пролежней (появление участков красного или синюшно-красного цвета без чётко определённых границ):
 - а) провести аккуратный массаж сухой тканью для улучшения местного кровообращения, УФО пораженного участка,
 - б) обработать поражённые участки одним из растворов: 10% раствором камфоры, 1% спиртовым раствором салициловой кислоты, 5-10% спиртовым раствором йода, 1% спиртовым раствором бриллиантового зелёного или смесью 70% раствора этилового спирта пополам с водой.
5. При появлении пузырьков (вторая стадия пролежней):
 - а) смазать 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зелёного или 5-10% раствором калия перманганата,

б) поражённую кожу вокруг пузырьков - обработать 10% раствором камфоры или смесью 70% раствора этилового спирта пополам с водой, в) наложить асептическую повязку.

6. Если пузырьки начинают лопаться и образуются язвы (третья стадия пролежней):

а) наложить на поражённую область мазовые повязки (облепиховое масло, синтомициновая эмульсия, солкосерил, мазь Вишневского, «Левомиколь» и др.).

7. При четвёртой стадии пролежней (некроз кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей) показано:

а) хирургическое лечение - удаление омертвевших тканей и очищение раны;

б) на рану наложить повязку с 0,5% раствором калия перманганата;

в) при наличии гноя рану промыть 3% раствором водорода перекиси или 0,5% раствором калия перманганата;

г) на очищенную рану наложить мазовые повязки (облепиховое масло, синтомициновая эмульсия, солкосерил, мазь Вишневского, «Левомиколь» и др.);

д) поверхность пролежней покрыть асептической повязкой.

Техника забора слизи из носа и зева

Цель: диагностика возможного возбудителя.

Показания: воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта и носа.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вата, палочка с тампоном, пробирка, направление в лабораторию.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Усадить лицом к источнику света, слегка запрокинув голову назад.

4. Процедуру проводить натошак, до приема лекарственных средств и полоскания рта какими-либо дезинфицирующими растворами.

5. Извлечь из пробирки палочку с тампоном, одной рукой слегка приподнять кончик носа, а другой рукой, вращая тампон, снять слизь с носовых ходов.

6. Затем осторожно тампон извлечь и поместить в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.

7. Взять новый тампон, шпателем прижать корень языка и осторожно снять налет с миндалин или слизь с задней стенки глотки, не касаясь при этом губ и языка.

8. Тампон поместить в пробирку.

9. Пробирки промаркировать: «Н» (нос), «З» (зев).

10. К пробиркам прикрепить (лучше резинкой) направление в бактериологическую лабораторию, в котором указать цель исследования, фамилию, имя, отчество, дату рождения больного, его адрес, номер страхового полиса, дату взятия анализа, наименование учреждения, где лечится больной.

III. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Физическое охлаждение с помощью льда

Цель: понижение температуры.

Показания: любые заболевания, «розовая» лихорадка.

Противопоказания: нейротоксикоз, «бледная» лихорадка.

Оснащение: пузырь для льда, кусковой лед, вода 14-16 °С, пленки.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате, контроль температуры тела каждые 20-30 минут, длительность процедуры - не более 20-30 минут.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Кусковой лед поместить в пузырь со льдом и наполнить его ледяной водой.

4. Вытеснить лишний воздух и закрыть пузырь со льдом.

5. Завернуть пузырь со льдом в сухую пленку, положить на расстоянии 2-3 см от головы (ребро ладони должно проходить между поверхностью головы и пузырем со льдом).

6. Флаконы со льдом приложить на область крупных сосудов, предварительно прикрыв их пленкой (подмышечные области, подколенные ямки, область сонных артерий, проекция печени).

7. Через 20-30 минут убрать пленку, флаконы, измерить и зафиксировать температуру.

Физическое охлаждение с помощью спирта

Цель: понижение температуры.

Показания: любые заболевания, «розовая» лихорадка.

Противопоказания: нейротоксикоз, «бледная» лихорадка.

Оснащение: этиловый спирт 40%, пеленка, салфетки.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате, контроль температуры тела каждые 20-30 минут, длительность процедуры - не более 20-30 минут.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Смочить в 40% растворе этилового спирта пеленку, салфетки.

4. Расположить мокрую пеленку в области лба пациента, смоченные салфетки - в области крупных сосудов (подмышечные области, подколенные ямки, область сонных артерий, проекция печени).

5. Через 10-15 минут убрать пеленку, салфетки, измерить и зафиксировать температуру.

Физическое охлаждение с помощью уксуса

Цель: понижение температуры.

Показания: любые заболевания, «розовая» лихорадка.

Противопоказания: нейротоксикоз, «бледная» лихорадка.

Оснащение: уксус 6%, вода комнатной температуры, пеленка, салфетки.

Обязательное условие: присутствие медперсонала в палате, контроль температуры тела - каждые 20-30 минут, длительность процедуры - не более 20-30 минут.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Развести 6% раствор уксуса с водой комнатной температуры в соотношении 1:1.

4. Смочить пеленку, салфетки.

5. Мокрую пеленку расположить в области лба пациента, смоченные салфетки - в области крупных сосудов (подмышечные области, подколенные ямки, область сонных артерий, проекция печени).

6. Через 10-15 минут убрать пеленку, салфетки, измерить и зафиксировать температуру.

Очистительная клизма

Цель: добиться отхождения каловых масс и газов.

Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза; подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки; при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы; подготовка к операции, родам.

Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции на органах пищеварительного тракта; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки.

Оснащение: стерильные лоток, клизменный наконечник, салфетки, пинцеты; кружка Эсмарха одноразовая, штатив, клеенка, пленка, емкость с водой в количестве 1,5—2 литра, емкость с дезинфицирующим раствором, судно, водяной термометр, вазелин, салфетки малые, шпатель для смазывания наконечника вазелином; спецодежда: латексные перчатки одноразовые, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.

Обязательные условия: t° воды, введенной в кишечник, должна соответствовать следующим показателям водного термометра: при атоническом запоре — 12° — 20°C ; при спастическом запоре — 37° — 40° — 42°C ; при задержке стула - 20° - 25°C .

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Перед началом введения воды поставить перед больным задачу задержать ее в кишечнике, как только он сможет.

3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки.

4. Налить в кружку Эсмарха 1,5-2 литра воды.

5. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на один метр от уровня пола.

6. Смазать клизменный наконечник вазелином, соединить с системой.

7. Заполнить систему: открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль.

8. Уложить пациента на левый бок, ноги согнуть в коленях и слегка привести к животу. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении на спине.

9. Подложить под ягодицы пациента клеенку, покрытую большой салфеткой.

10. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, вначале по направлению к пупку (3-4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8- 10 см.

11. Открыть вентиль на системе так, чтобы вода, поступающая в кишечник, не вытекала слишком быстро, поскольку это может вызвать боль. Если вода не поступает в кишечник, поднять кружку выше и/или изменить положение наконечника, или заменить его, так как наконечник может быть забит каловыми массами

12. Попросить пациента дышать животом, наблюдать за состоянием пациента.

13. Закрывать вентиль на системе, осторожно извлечь наконечник из прямой кишки (наконечник поместить в лоток для отработанного материала).

14. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник на унитазе или судне.

15. Снять клизменный наконечник с системы, перчатки, фартук, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

16. Сменить халат, перчатки, фартук.

17. Подмыть пациента.

18. Очистительную клизму можно считать эффективной, если через несколько минут с водой выйдут и каловые массы.

Сифонная клизма

Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.

Показания: избыточные процессы брожения и гниения в кишечнике, отравление некоторыми ядами, выраженный метеоризм вследствие избыточного образования газов, подготовка к операции на кишечнике.

Противопоказания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы; подозрение на кишечную непроходимость.

Оснащение: *стерильные* система для сифонной клизмы (толстый желудочный зонд, соединенный с резиновой трубкой с помощью стеклянной трубки), лоток, вазелиновое масло, воронка емкостью 1 литр; перчатки латексные, емкость с водой в количестве 10—12 литров, ковш емкостью 1 литр, емкость для промывания, клеенка, большая пеленка, вазелин, малые салфетки для смазывания слепого конца зонда.

Обязательное условие: следить, чтобы из кишечника выделилось не меньше жидкости, чем было введено, присутствие врача.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечить изоляцию пациента.

2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.

3. Надеть халат, клеенчатый фартук, латексные перчатки.

4. Уложить пациента на левый бок, ноги согнуть в коленях и слегка привести к животу.

5. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку.

6. Приготовить систему, смазать слепой конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см.

7. Раздвинуть ягодицы пациента 1-2-м пальцами левой руки и ввести слепой конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см

8. Взять воронку, присоединенную к зонду, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и заполнить водой в количестве 1 литра

9. Поднять воронку так, чтобы вода уходила в кишечник лишь до ее устья. Наливая воду, воронку удерживайте в несколько наклонном положении

10. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно и выливая содержимое в емкость для промывных вод.

11. Повторить промывание до чистых промывных вод, но с использованием не менее 10-12 литров воды.

12. Извлечь медленно зонд, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.

13. Провести туалет анального отверстия.

14. Снять перчатки, фартук, халат, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Гипертоническая (ослабляющая) клизма

Цель: вызвать хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника.

Показания: отеки разного происхождения, неэффективность очистительной клизмы.

Противопоказания: острые воспалительные и язвенные процессы в нижних отделах толстой кишки; трещины в области анального отверстия.

Оснащение: стерильные грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10% раствор натрия хлорида или 20—30% раствор сернистой магнезии или сернистого натрия в количестве 50-100 мл, подогретого до температуры 37-38 °С; перчатки латексные, вазелиновое масло, лоток, клеенка, большая пеленка, емкость с дезинфицирующим раствором.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Убедиться в наличии согласия пациента на процедуру.
3. Подогреть флакон с лекарственным средством на «водяной бане» до 38°С.
4. Набрать в грушевидный баллон 100 (200) мл подогретого раствора.
5. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.

Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок клизму ставят в положении лежа на спине.

6. Надеть халат, перчатки.
7. Положить под пациента клеенку, большую салфетку.
8. Раздвинуть ягодичы, ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.
9. Присоединить к трубке грушевидный баллончик, выпустив воздух из него, и медленно ввести подогретый раствор.
10. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубы, затем извлечь ее.
11. Поместить использованные предметы медицинского назначения в емкость с дезинфицирующим раствором.
12. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике в течение 15-20 минут.
13. Убедиться, что процедура проведена успешно, осмотрев выделения.
14. Обработать анальное отверстие пациента.
15. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Масляная (лекарственная) клизма

Цель: добиться отхождения каловых масс, газов.

Показания: в первые дни после операции на органах брюшной полости; после родов; при неэффективности очистительной клизмы.

Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; злокачественные новообразования прямой кишки; выпадение пря-

мой кишки; язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода.

Оснащение: стерильные грушевидный баллончик, газоотводная трубка, лоток, перчатки латексные, масляный раствор в количестве 100—150—200 мл (подсолнечное, льняное или вазелиновое масло в количестве 100—200 мл, подогретые до температуры 37—38 °С), вазелиновое масло, перевязочный материал; емкость с дезинфицирующим раствором.

Обязательные условия: на ночь; опорожнение кишечника наступает через 10-12 часов.

Выполнение процедуры

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.

2. Убедиться в наличии согласия пациента на процедуру.

3. Подогреть масло на водяной бане до 38°С.

4. Набрать в грушевидный баллончик 100 (200) мл теплого масла.

5. Смазать вазелиновым маслом газоотводную трубку, положить баллончик и трубку в лоток.

6. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.

7. Надеть перчатки.

8. Раздвинуть ягодицы пациента и ввести газоотводную трубку впрямую кишку на глубину 20-30 см. При невозможности уложить пациента на левый бок, клизму ставят в положении лежа на спине.

10. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллончик и медленно ввести набранный раствор.

11. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.

12. Заполнить грушевидный баллончик воздухом, присоединить к газоотводной трубке и медленно ввести воздух.

13. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллончик от газоотводной трубки, затем извлечь газоотводную трубку.

14. Поместить газоотводную трубку, грушевидный баллончик, лоток в емкость с дезинфицирующим раствором.

15. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

16. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, предупредить, что эффект наступит через 10-12 часов.

Капельная клизма

Цель: ввести лекарственный препарат через прямую кишку и обеспе-

чить его всасывание.

Показания: большая потеря жидкости в организме, затруднения в энтерального питания, нарушение глотания; непроходимость пищевода, тяжелые острые инфекции, интоксикации, отравления.

Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; злокачественные новообразования; трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.

Обснащение: стерильные клизменный наконечник, лоток, вазелиновое масло, лекарственные растворы, перчатки латексные, 0,85% раствор натрия хлорида, 15% раствор аминокислот, 5% раствор глюкозы объемом до 2-х литров; система для постановки очистительной клизмы, соединяющаяся с наконечником капельницы и зажимом на штативе; клеенка, большая пеленка, водяной термометр, грелки $t = 40^{\circ} - 45^{\circ}\text{C}$.

Обязательные условия: ставить лекарственную клизму через 30-40 минут после очистительной. Вводимый раствор должен быть определенной t° , равной $40^{\circ} - 42^{\circ}\text{C}$.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Поместить флакон с лекарственным средством в емкость для проведения водяной бани и подогреть до $40^{\circ} - 42^{\circ}\text{C}$.
4. Заполнить систему лекарственным веществом, укрепить штатив на высоте 1 м, прикрепить грелку к задней и передней поверхности системы.
5. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу. При невозможности уложить пациента на левый бок клизму ставят в положении лежа на спине.
6. Смазать наконечник системы вазелиновым маслом.
7. Надеть перчатки.
8. Положить под пациента клеенку и большую салфетку.
9. Открыть зажим на системе и отрегулировать частоту капель вводимого лекарственного средства (60-80 капель в минуту).
10. Раздвинуть ягодицы пациента 1-2 пальцами и ввести слепой конец резинового наконечника в кишечник на глубину 20-30 см.
11. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
12. Надеть перчатки по истечении введения лекарственного вещества.
13. Закрыть зажим и медленно извлечь наконечник системы из анального отверстия.

14. Обработать анальное отверстие пациента.
15. Поместить наконечник и лоток в емкость с дезинфицирующим раствором.
16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Газоотводная трубка

Цель: выведение газов из кишечника.

Показания: метеоризм.

Противопоказания: кишечные кровотечения; выпадение прямой кишки.

Оснащение: стерильная газоотводная трубка длиной 40 см, диаметром 5-10 мм; стерильный лоток; стерильное вазелиновое масло; стерильный перевязочный материал; стерильные перчатки; ширма, клеенка, большая салфетка, судно.

Обязательные условия: газоотводная трубка ставится на 1 час.

Выполнение процедуры:

1. Убедиться в наличии согласия пациента на процедуру.
2. Поставить ширму у кровати пациента.
3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, придать положение лежа на спине.
4. Надеть перчатки.
5. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее салфетку.
6. Поставить на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды.
7. Смазать вазелином закругленный конец трубки на протяжении 20-30 см.
8. Перегнуть трубку посередине, зажать свободный конец 4-м и 5-м пальцами, а закругленный конец взять, как пишущее перо.
9. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.
10. Опустить свободный конец газоотводной трубки в судно на 1 час. При положении пациента лежа на спине конец газоотводной трубки завернуть, а клеенку и салфетку оставить между ногами пациента.
11. Снять перчатки, положить в емкость с дезинфицирующим раствором.
12. Надеть перчатки.
13. Извлечь газоотводную трубку из анального отверстия по истечении заданного времени (1 час).

14. Поместить газоотводную трубку в емкость с дезинфицирующим раствором.

15. Обработать анальное отверстие, вложить между ягодицами салфетку, смоченную вазелиновым маслом.

16. Убрать клеенку и салфетку и поместить их в непромокаемый мешок.

17. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Промывание желудка

Цель: удалить из желудка его содержимое через пищевод.

Показания: отравление недоброкачественной пищей, лекарствами, алкоголем.

Противопоказания: кровотечения из ЖКТ, воспалительные заболевания с изъязвлениями в полости рта и глотки, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология.

Оснащение: лоток для отработанного материала; стеклянная воронка емкостью 0,5—1 л; 2 толстых желудочных зонда; стеклянная трубка, соединяющая зонды; вода комнатной температуры — 10 л; ковш; таз для промывных вод; фартук клеенчатый — 2 штуки; лоток для оснащения; марлевые салфетки; емкость с дезраствором; сухая хлорная известь; перчатки латексные.

Обязательное условие: при введении зонда необходимо осуществлять контроль свободного прохождения зонда в желудок, 2 медработника.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.

2. Подготовить необходимое оснащение.

3. Надеть фартук на себя и на больного.

4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.

5. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед. Руки завести за спину и зафиксировать их полотенцем или простыней.

6. Приставить таз к ногам пациента.

7. Надеть фартук пациенту.

8. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха).

9. Соединить зонды стеклянной трубкой.

10. Смочить слепой конец зонда водой.

11. Встать сзади или сбоку от больного; ввести роторасширитель или 2-й палец левой руки с надетым напалечником между коренными

зубами пациента, голову его отвести слегка назад.

12. Пациенту предложить открыть рот, взять зонд в правую руку на расстоянии 10 см от закругленного конца, ввести зонд до корня языка.

13. Предложить пациенту делать глотательные движения, зонд ввести в желудок до метки.

14. Присоединить к зонду воронку и опустить ее ниже уровня желудка (немного наклонив ее) до колен больного. Если из воронки начнет выделяться желудочное содержимое, значит, положение зонда правильное, если нет, измените положение зонда, продвинув его назад или вперед.

15. Налить воду в воронку, продолжая держать воронку на уровне колен больного.

16. Медленно поднять воронку на 25-30 см выше рта пациента.

17. Следить, чтобы в устье воронки осталась вода.

18. При достижении воды устья воронки быстро опустить ее ниже уровня колен пациента и слить содержимое желудка в таз. Объем вышедшей воды приблизительно должен быть равен объему введенной.

19. Повторить промывание несколько раз, до получения чистых промывных вод.

20. Извлечь осторожно зонд из желудка пациента.

Постановка назогастрального зонда

Цель: постановка назогастрального зонда.

Показания: оперативные вмешательства на брюшной полости, новообразования желудка, коматозное состояние.

Оснащение: назогастральный зонд, повязка для защиты кожи пациента, шприц на 50 мл, лента для перевязки зонда, вода, чистые ножницы, индикаторная бумага для определения уровня pH, ручка для маркировки, перчатки.

Обязательное условие: использование шприцев объемом не менее 20 мл, они создают в трубке слишком большое давление, что может привести к ее разрыву.

Выполнение процедуры:

1. Придать пациенту удобное сидячее либо полулежачее положение.

2. Отмерить необходимую длину зонда: расстояние между ухом и кончиком носа (А-В) и от носа до нижней части грудины (В-С). Обозначьте это место на зонде с помощью карандаша либо ленты.

3. Вставить полностью проводник и убедиться в том, что он прочно присоединен к коннектору.

4. Попросить пациента сделать выдох через нос. Выбрать носовое отверстие, через которое ему проще дышать.

5. Смочить кончик зонда в сосуде с водой.

6. Предложить пациенту отклонить голову назад и ввести трубку в выбранное носовое отверстие.

7. Наклонитесь вперед, когда пациент почувствует, что трубка дошла до горла. Продолжайте вводить трубку далее. Чтобы трубка продвигалась вниз, попросите больного делать глотательные движения, как если бы он пил воду маленькими глотками, глубоко дышать. Трубку продвигать осторожно до отметки.

8. Убедиться, что зонд введен правильно путем аспирации желудочного содержимого.

9. Измерить уровень pH желудочного содержимого. Зонд введен в желудок правильно, если уровень pH не превышает 5,5.

10. Промыть зонд с помощью 20-40 мл воды.

11. Вытащить проводник.

12. Прикрепить трубку к носу с помощью ленты. Следить за тем, чтобы трубка не давила на носовые ходы.

Дуоденальное зондирование

Цель: диагностические исследования, лечебные.

Показания: взятие желчи для диагностики заболеваний желчного пузыря, желчных путей; для стимуляции оттока желчи при застойных явлениях и желчном пузыре, вызывающих у пациента боли; введение в двенадцатиперстную кишку лечебных препаратов.

Противопоказания: острый холецистит, обострение хронического холецистита и желчнокаменной болезни, опухоли желудочно-кишечного тракта, кровотечение.

Оборудование: стерильные дуоденальный зонд, зажим, шприц 20 мл, почкообразный лоток, 10-15 лабораторных пробирок; полотенце, салфетка, резиновые перчатки, направление в лабораторию, грелка, мягкий валик или подушка, штатив для пробирок, низкая скамейка, раздражитель (50 мл 33% раствора магния сульфата, или 40% раствора глюкозы (кси-лит, сорбит) или растительное масло 40—60°C, стакан с теплой водой.

Обязательное условие: зондирование проводится утром, натощак, накануне — легкий ужин, исключить продукты, вызывающие метеоризм, на ночь — грелка на область правого подреберья, стакан очень сладкого чая (если нет противопоказаний).

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.

2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Надеть перчатки, дополнительный халат.
4. Измерить длину вводимой части зонда в желудок (рост пациента -100).
5. Усадить пациента на стул, снять зубные протезы (если они есть), слегка наклонить голову, вперед.
6. Прикрыть шею и грудь пациента полотенцем, дать в руки салфетку.
7. Измерить длину зонда от мочки уха до резцов, от резцов до пупка, сделать метку № 1, прибавить длину ладони пациента, сделать метку № 2 (далее сделать метки через каждые 10 см).
8. Взять зонд в правую руку на расстоянии 10-15 см от оливы, смочить водой, левой рукой поддерживать свободный конец. Ввести дуоденальный зонд до первой метки так же, как тонкий желудочный зонд, на свободный конец наложить зажим.
9. Уложить пациента на кушетку без подушки на правый бок, под таз подложить валик или подушку, под правое подреберье — грелку.
10. Исключить препятствия прохождения зонда.
11. Снять зажим, опустить свободный конец зонда в одну из пробирок, стоящих на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой. Выделяется мутное, светлое содержимое желудка (кислой реакции).
12. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до второй метки, в течение 20—60 минут зонд попадет в 12-перстную кишку. Начинает выделяться золотисто-желтое содержимое щелочной реакции. Это порция А, дуоденальная желчь.
13. Уложить пациента на спину, ввести раздражитель через зонд, используя шприц как воронку, наложить зажим на свободный конец зонда на 5—10 минут.
14. Через 10 минут уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить свободный конец зонда в пробирки поочередно. Выделяется темно-оливковая желчь из желчного пузыря. Это порция Б, пузырная желчь.
15. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, золотисто-желтая желчь. Это порция С, печеночная желчь. После получения порции С через зонд можно ввести лекарственные средства.
16. Извлечь зонд, дать прополоскать рот водой.
17. Промаркировать по одной пробирке из каждой порции, оформить направление, отправить в лабораторию.
18. Обработать использованные изделия медицинского назначения, перчатки.

Примечания:

Слюну, выделяющуюся во время процедуры, необходимо сплевывать в салфетку. Если дуоденальное зондирование проводилось с целью обнаружения лямблий, то: грелка на ночь не применяется; порции нужно доставить в лабораторию в теплом виде, для чего пробирки помещаются в стакан с теплой водой 37°C. 4.

Если при проведении дуоденального зондирования не получают порцию «А», то, возможно, зонд завернулся. В этом случае потяните зонд немного назад, или еще лучше, отведите пациента в рентгенологический кабинет, и там под визуальным контролем осуществите зондирование. Если нет порции «В» — значит, не открылся сфинктер Одди, для снятия спазма которого вводят (по назначению врача) подкожно 1,0 мл 0,1% раствора атропина. Если и это не помогает — зондирование прекратить!

Катетеризация мочевого пузыря

Цели: диагностические исследования, лечебные.

Показания: первая помощь при острой задержке мочеиспускания, с диагностической целью при проведении эндоскопических исследований, с лечебной целью, промывание мочевого пузыря, введение в него лекарственных средств, послеоперационный период на органах мочевой и половой системы.

Противопоказания: разрыв уретры, катетеризация мочевого пузыря строго противопоказана, так как она чревата угрозой дополнительной травмы, усиления кровотечения, инфицирования раны.

Обязательные условия: во избежание быстрой смены давления в мочевом пузыре опорожнять мочевой пузырь отдельными порциями по 300 — 400 мл, пережимая в промежутках катетер на 2—3 минуты.

а) введение катетера женщине

Оснащение: женский мочевой катетер, таз, клеенка, пеленка, марлевые тампоны.

Выполнение процедуры:

1. Подложить под большую клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.
2. Попросить женщину принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.
3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
4. Подготовиться к процедуре (тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки).

5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.

6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми губами в направлении сверху вниз.

7. Нанести на конец («клюв») катетера стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и минимизации неприятных ощущений больной).

8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 7-8 см от его конца («клюва»).

9. Вновь раздвинуть левой рукой половые губы; правой рукой осторожно ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 4-5 см до появления мочи.

10. Опустить свободный конец катетера в ёмкость для сбора мочи.

11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.

12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.

13. Снять перчатки, вымыть руки.

б) введение катетера мужчине

Катетеризация мочевого пузыря мужчины катетером Фолея

Оснащение: стерильный катетер, две пары перчаток (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние — 4 шт., малые — 2 шт.); стерильный глицерин, шприц с 10 мл изотонического раствора, антисептический раствор, ёмкость для сбора мочи (дренажный мешок).

Выполнение процедуры:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и его согласие на проведение процедуры.

2. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: лежа на спине или полусидя с разведенными ногами.

3. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку). Между ногами поставить ёмкость для использованного материала.

4. Надеть перчатки.

5. Произвести гигиеническую обработку наружного отверстия уретры и промежности.

6. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемую емкость. Вымыть руки.

7. Надеть стерильные перчатки.

8. Обернуть половой член стерильными салфетками.

9. Оттянуть крайнюю плоть (если она имеется), захватить половой член сбоку левой рукой и вытянуть его на максимальную длину перпендикулярно поверхности тела.

10. Обработать головку полового члена салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, держать ее правой рукой.

11. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия 1 и 2 пальцами, наружный конец катетера держать между 4 и 5 пальцами.

12. Попросить помощника обильно смазать катетер глицерином (или специальной желеобразной смазкой).

13. Ввести конец катетера в уретру и постепенно, перехватывая катетер, продвигать его глубже в уретру, а половой член подтягивать кверху, как бы натягивая его на катетер, прилагая небольшое равномерное усилие, пока катетер не достигнет мочевого пузыря и не появится моча. В том случае, если при продвижении катетера появится непреодолимое препятствие, следует прекратить процедуру.

14. Возвратить на место крайнюю плоть.

15. Соединить катетер с емкостью для сбора мочи (опустить непостоянный катетер в мочеприемник). Прикрепить трубку постоянного катетера пластырем к бедру.

16. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора. Если моча не появилась, попытаться ввести стерильный изотонический раствор через катетер, чтобы убедиться в его правильном местоположении, прежде чем заполнить баллон.

17. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер Фолея и емкость для сбора мочи, не имеют перегибов.

18. Убрать пеленку.

19. Снять перчатки, вымыть руки.

20. Записать в медицинской карте реакцию пациента на процедуру.

в) Катетеризация мочевого пузыря у мужчин мягким катетером

Выполнение процедуры:

1. Подложить под больного клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.

2. Попросить больного принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.

3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
4. Подготовиться к процедуре: тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки.
5. Удерживая половой член в вертикальном положении, сдвинуть крайнюю плоть и обнажить головку полового члена, левой рукой зафиксировать её средним и безымянным пальцами и раздвинуть наружное отверстие мочеиспускательного канала большим и указательным пальцами.
6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала в направлении сверху вниз (от мочеиспускательного канала к периферии), меняя тампоны.
7. Влить 3-4 капли стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала и нанести на катетер (на длину 15-20 см) стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и предупреждения неприятных ощущений у больного).
8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от его конца («клюва»), ввести конец катетера в наружное отверстие мочеиспускательного канала.
9. Постепенно, легко надавливая на катетер, передвигать катетер глубже по мочеиспускательному каналу на глубину 15-20 см, заново перехватывая катетер пинцетом каждые 3-5 см (при этом следует левой рукой постепенно опускать половой член в сторону мошонки, что способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учётом анатомических особенностей). Если при введении катетера ощущается сильное сопротивление, следует немедленно остановить процедуру!
10. При появлении мочи опустить наружный конец катетера в лоток для сбора мочи.
11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.
12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
13. Снять перчатки, вымыть руки.

Применение холодной примочки (компресса)

Цель: вызвать охлаждение кожи и сужение кровеносных сосудов, оказать болеутоляющее действие.

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

Противопоказания: опухоли различной этиологии, травмы и ушибы во вторые сутки, нарушение целостности кожных покровов в месте постановки.

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

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.

2. Подготовить необходимое оснащение.

3. Вымыть и осушить руки.

4. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки примочки.

5. Убедиться, что нет противопоказаний к постановке примочки. Помните, что при проведении процедуры вы не должны отлучаться от пациента!

6. Смочить салфетку в холодной воде, отжать, сложить в несколько слоев.

7. Приложить салфетку к поверхности кожи.

8. Смочить вторую салфетку в емкости с холодной водой, отжать, сложить в несколько слоев.

9. Заменять первую салфетку второй каждые 2—3 мин. Продолжительность всей процедуры зависит от состояния пациента.

10. Снять салфетку, кожу просушить салфеткой.

11. Вымыть руки, осушить.

Применение пузыря со льдом

Цель: сужение кровеносных сосудов кожи и более глубоко расположенных органов и тканей, снижение чувствительности нервных рецепторов.

Показания: внутреннее кровотечение, второй период лихорадки, начальная стадия некоторых острых заболеваний брюшной полости, первые часы после травмы, послеоперационный период.

Противопоказания: коллапс, шок, спастические боли.

Места постановки: область живота, голова, грудная клетка.

Оснащение: пузырь для льда, предварительно проверенный на

целостность; лед кусочками, вода (14-16°); полотенце личное; емкость с дезинфицирующим раствором (1% раствором хлорамина); ветошь.

Обязательное условие: организация постоянного контроля процедуры.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить цель и ход процедуры, уточнить понимание, получить согласие на процедуру.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда, залить их холодной водой.
5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку.
6. Проверить, не подтекает ли пузырь.
7. Завернуть пузырь в полотенце (пеленку).
8. Приложить на нужный участок тела (область головы на 5 мин (с интервалом 5 мин.), на область брюшины на 15-20 мин с интервалом 30 мин).

Согревающий компресс

Цель: вызвать длительное и равномерное расширение сосудов, способствовать улучшению кровообращения в тканях, оказать болеутоляющее и рассасывающее действие.

Показания: воспалительные инфильтраты, для местного согревания участка тела; невриты и невралгии, острая боль в пояснице, при дуоденальном зондировании.

Противопоказания: острые воспалительные процессы неясного происхождения в брюшной полости; 1-е сутки после ушиба; повреждение кожных покровов; кровотечение; инфицированная рана; злокачественные новообразования; высокая лихорадка; бессознательное состояние пациента.

Места постановки: область живота, зона инфильтрата, поясница, икроножные мышцы, правое подреберье.

Оснащение: марлевая салфетка, сложенная в 6—8 слоев; раствор для смачивания ткани (вода комнатной t, спирт 40°); клеенка или воощаная бумага; вата; бинт; ножницы.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.
2. Подготовить необходимое оснащение.

3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
4. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки компресса.
5. Наложить на кожу марлевую салфетку, сложенную в 6 - 8 слоев, смоченную одним из растворов и хорошо отжатую.
6. Покрыть ткань куском вощеной бумаги (клеенки), которая на 1,5 - 2 см шире влажной салфетки.
7. Положить слой ваты (размером больше предыдущего слоя компресса на 1,5-2 см).
8. Зафиксировать компресс бинтом.
9. Зафиксировать время; компресс держать от 6 до 12 часов.
10. Вымыть руки.
11. Через 2 часа просунуть палец под компресс, убедиться, что салфетка влажная, а кожа теплая. Если через 1,5 - 2 часа салфетка сухая, то компресс наложен неправильно.
12. Снять компресс, кожу протереть теплой водой, просушить салфеткой; укутать тепло место постановки компресса.
13. Вымыть руки.

Применение грелки

Цель: провести тепловую процедуру.

Показания: рассасывание воспалительных процессов, согревание тела, болеутоляющее действие.

Противопоказания: острые воспалительные процессы и боли в брюшной полости, опухоли, кровотечения, ушибы в первые часы, нарушение целостности кожных покровов.

Оснащение: грелка резиновая 1,5—2 л; вода t° - 60-70 $^{\circ}$ C; полотенце личное; емкость с 1% раствором хлорамина; ветошь (две салфетки для дезинфекции грелки); термометр для измерения температуры воды.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Налить горячую (60 $^{\circ}$ C) воду в грелку.
4. Выпустить воздух сжатием верхней трети грелки, завинтить пробку.
5. Опрокинуть грелку пробкой вниз, вытереть грелку насухо.
6. Завернуть грелку в полотенце и отдать пациенту.
7. Приложить грелку к нужной области тела на 20 минут. При длительном применении по назначению врача делать 10-15-минутный перерыв, меняя воду.

8. Держать грелку до остывания.
9. Убрать грелку, открыть ее и вылить воду.
10. Осмотреть кожу пациента, помочь пациенту лечь в удобное положение, укрыть.
11. Вымыть, осушить руки, надеть перчатки.
12. Обработать грелку ветошью, смоченной в 1 %-ном растворе хлорамина (двукратно с интервалом 15 минут).
13. Вымыть водой, высушить и хранить в специально отведенном месте.
14. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Горчичники

Цель: вызвать длительное и равномерное расширение сосудов, способствовать улучшению кровообращения в тканях.

Показания: заболевания бронхолегочной системы (бронхит, пневмония); неврит, невралгия, миозит, гипертонический криз (на затылок), боль в области сердца (стенокардия).

Противопоказания: злокачественные новообразования; активная форма туберкулеза; кровохарканье, легочное кровотечение; повышенная чувствительность кожи; бессознательное состояние пациента; высокая лихорадка.

Места постановки: надлопаточная, межлопаточная, подлопаточная области; область поясницы, нервных стволов, затылка, сердца, боковые поверхности грудной клетки.

Оснащение: горчичники; лоток с водой t° 40-45 $^{\circ}$ C; лоток для отработанного материала; полотенце; марлевые салфетки; термометр для измерения температуры воды.

Обязательное условие: перед применением следует проверить качество горчичников, срок годности; пригодный горчичник имеет острый запах горчичного масла, горчица должна лежать ровным слоем и не осыпаться.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель и ход процедуры, уточнить их понимание, получить согласие на процедуру.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Помочь пациенту занять удобное необходимое положение.
6. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки горчичников.
7. Измерить температуру воды для смачивания горчичников (40-

45°С).

8. Смочить горчичники в воде в течение 5 сек. каждый, стряхнуть и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз; сверху положить полотенце.

9. Укрыть пациента одеялом.

10. Держать горчичники 10-15 минут.

11. Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.

12. Протереть кожу пациента влажной теплой марлевой салфеткой, вытереть насухо.

13. Помочь надеть белье, уложить в удобное положение.

14. Укрыть пациента, рекомендовать постельный режим 30-60 минут.

15. Вымыть и осушить руки.

Проведение горчичной ванны

Цель: вызвать длительное и равномерное расширение сосудов, способствовать улучшению кровообращения в тканях.

Показания: заболевания бронхолегочной системы (бронхит, пневмония); неврит, невралгия, миозит, гипертонический криз (на затылок), боль в области сердца (стенокардия).

Противопоказания: злокачественные новообразования; активная форма туберкулеза; кровохарканье, легочное кровотечение; заболевания и повышенная чувствительность кожи; бессознательное состояние пациента; высокая лихорадка.

Оснащение: горчичный порошок 100-200 г; емкость с водой t° 40-45°С для разведения порошка; полотенце; термометр для измерения температуры воды.

Обязательное условие: перед применением следует проверить качество горчичного порошка, срок годности; пригодный порошок имеет острый запах горчичного масла.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры, уточнить их понимание, получить согласие на процедуру.

3. Вымыть и продезинфицировать ванну.

4. Вымыть и осушить руки.

5. Приготовить ванну. На 1 ванну 100-200 г горчичного порошка залить теплой водой, развести до консистенции сметаны, влить в ванну. Для ножных ванн - в тазик с горячей водой (температура примерно 38-40°С) добавляют 2—3 ст. л. сухого горчичного порошка.

6. Измерить температуру воды.
7. Помочь пациенту погрузиться в воду целиком или частично.
8. Следить за его состоянием: внешним видом, сознанием, окраской кожных покровов, пульсом, АД, ЧДД.
9. Не оставлять пациента одного.
10. Соблюдать время проведения процедуры.
11. Обмыть пациента теплым душем.
12. Помочь пациенту выйти из ванны.
13. Вытереть кожу пациента насухо.
14. Помочь надеть белье, уложить в удобное положение.
15. Дать пациенту отдохнуть 20-30 мин.
16. Вымыть и осушить руки.

Придание больному дренажного положения

Цель: облегчение отхождения мокроты.

Показания: бронхит, абсцесс лёгкого, бронхоэктатическая болезнь и т.д.

Противопоказания: туберкулез легких, открытая форма; легочное кровотечение.

Оснащение: резиновые перчатки, ножницы и щипчики для стрижки ногтей, тёплая вода, жидкое мыло, крем для рук и ног, спирт (70%), таз и лоток для воды, полотенца.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Заполнить ёмкость для мокроты (плевательницу) дезинфицирующим раствором (5% раствором хлорамина Б) на треть её объёма и поставить плевательницу рядом с больным, чтобы ему легко было дотянуться до неё.

4. Вариант 1:

а) из исходного положения на спине пациента постепенно повернуть вокруг оси его тела на 360°;

б) переворачивая пациента на 45°, каждый раз просить его сделать глубокий выдох и при появлении кашля дать ему возможность хорошо прокашляться;

в) процедуру необходимо повторить 3-6 раз.

Вариант 2 (поза молящегося мусульманина):

а) попросить больного встать на колени и наклониться вперёд (принять коленно-локтевое положение);

б) попросить больного повторить наклон 6-8 раз, сделать паузу на 1 мин., затем опять повторить наклон 6-8 раз (всего не более 6 циклов);

в) проследить, чтобы данную процедуру больной проводил 5-6 раз в день.

Вариант 3:

а) объяснить больному, что ему необходимо 6-8 раз поочередно (сначала на правом, затем на левом боку) свешивать голову и руки с кровати (поза поиска тапочек под кроватью);

б) проследить, чтобы данную процедуру пациент проводил 5-6 раз в день.

Вариант 4 (положение Квинке):

а) поднять ножной конец кровати, на которой лежит больной, на 20-30 см выше уровня головного конца;

б) данную процедуру проводить несколько раз по 20-30 мин. с перерывом по 10-15 мин.

5. Помочь больному принять удобное положение.

6. Провести дезинфекцию мокроты и плеватальницы.

7. Сделать запись в истории болезни о выполнении процедуры и реакции на неё пациента.

Внутрикожные инъекции

Цель: диагностическая (туберкулиновая проба, выявление аллергии к различным веществам и др.), профилактическая, а также для местного обезболивания.

Показания: определяет врач.

Место введения внутрикожной инъекции: передняя поверхность предплечья.

Оснащение: мыло, индивидуальное полотенце, перчатки, ампула с лекарственным препаратом, пилочка для вскрытия ампулы, стерильный лоток для отработанного материала, одноразовый шприц объемом 1 мл, ватные шарики в 70 % спирте, кожный антисептик, накрытый стерильный салфеткой, стерильный лоток со стерильным пинцетом, маска, аптечка «Анти-ВИЧ», емкости с дез. растворами (3 % р-ром хлорамина, 5 % р-ром хлорамина), ветошь.

Выполнение процедуры:

1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить согласие пациента на выполнение манипуляции.

2. Обработать руки на гигиеническом уровне.

3. Предложить пациенту занять удобное положение (сесть, лечь).

4. Проверить срок годности и герметичность упаковки шприца.

Вскрыть упаковку, собрать шприц и положить его в стерильный лоток.

5. Проверить срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверить с листом назначения.

6. Взять стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработать и вскрыть ампулу.

7. Набрать в шприц нужное количество препарата, выпустить воздух и положить шприц в стерильный латок.

8. Надеть перчатки и обработать шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.

9. Выложить стерильным пинцетом 2 ватных шарика.

10. Обработать центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком, смоченным в спирте, большую зону кожных покровов, вторым шариком обработать непосредственно место пункции, дождаться пока кожа высохнет от спирта.

11. Шарики сбросить в лоток для отработанного материала.

12. Взять шприц с иглой в правую руку, левой рукой обхватить наружную поверхность предплечья пациента (снизу) и зафиксировать кожу.

13. Ввести в кожу только конец иглы (срез иглы), держа её срезом вверх, почти параллельно коже.

14. Зафиксировать вторым пальцем иглу, прижав её к коже.

15. Переместить на поршень левую руку и, надавливая на поршень, ввести лекарственное вещество.

16. Извлечь иглу, не прижимая место инъекции.

17. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно, забрать у него 2 шарик и проводить пациента.

18. Инфекционная безопасность:

а) Замочить шарик с кровью в 3% р-ре хлорамина - 120 минут.

б) Замочить в разные емкости с 5% р-ром хлорамина шприц и иглу - 60 минут (при введении туберкулина - в 5 % р-ре хлорамина на 240 минут).

в) Замочить лотки в 3% р-ре хлорамина - 60 минут.

г) Обработать кушетку 3% р-ром хлорамина 2-хкратно с интервалом 15 минут.

д) Снять и замочить перчатки в 3% р-ре хлорамина - 60 минут.

е) Обработать руки на гигиеническом уровне, осушить индивидуальным полотенцем.

Подкожные инъекции

Цель: лечебная, профилактическая.

Показания: определяет врач.

Места проведения: верхняя треть наружной поверхности плеча, спина (подлопаточная область), переднебоковая поверхность бедра, боковая поверхность брюшной стенки.

Оснащение: мыло, индивидуальное полотенце, перчатки, маску, кожный антисептик (например: Лизанин, АХД-200 Специаль), ампулу с лекарственным препаратом, пилочку для вскрытия ампулы, стерильный лоток, лоток для отработанного материала, одноразовый шприц объемом 2 - 5 мл, (рекомендуется игла диаметром 0,5 мм и длиной 16 мм), ватные шарики в 70 % спирте, аптечка « Анти - ВИЧ», емкости с дез. растворами (3 % р-ром хлорамина, 5 % р-ром хлорамина), ветошь.

Обязательное условие: максимальный эффект подкожно введенного лекарства наступает обычно через 30 мин. Подкожная инъекция более глубокая, чем внутрикожная, и производится на глубину 15 мм.

Выполнение процедуры:

1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить согласие пациента на выполнение манипуляции.

2. Обработать руки на гигиеническом уровне.

3. Помочь пациенту занять нужное положение.

4. Проверить срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскрыть упаковку, собрать шприц и положить его в стерильный лоток.

5. Проверить срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверить с листом назначения.

6. Взять стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработать и вскрыть ампулу.

7. Набрать в шприц нужное количество препарата, выпустить воздух и положить шприц в стерильный лоток.

8. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика.

9. Надеть перчатки и обработать шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.

10. Обработать центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком, смоченным спиртом, большую зону кожных покровов, вторым шариком обработать непосредственно место пункции, дождаться пока кожа высохнет от спирта.

11. Шарик сбросить в лоток для отработанного материала.

12.левой рукой взять кожу в месте инъекции в складку.

13. Подвести иглу под кожу в основании кожной складки под углом 45 градусов к поверхности кожи срезом на глубину 15 мм или 2/3 длины иглы (в зависимости от длины иглы показатель может быть разным); указательным пальцем придержать канюлю иглы.

14. Перенести руку, фиксирующую складку, на поршень и ввести медленно лекарственное средство, стараясь не переключивать шприц из руки в руку.

15. Извлечь иглу, продолжая придерживать её за канюлю, место прокола обработать стерильной ваткой, смоченной спиртом. Положить иглу в специальный контейнер; если использован одноразовый шприц, сломать иглу и канюлю шприца; снять перчатки.

16. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно, забрать у него 3 шарик и проводить пациента в палату.

17. Инфекционная безопасность:

а) Промыть шприц с иглой в 1-й емкости с 3% р-ром хлорамина.

б) Замочить цилиндр и поршень во 2-й емкости с 5% р-ром хлорамина.

в) Иглу поместить в 3-ю емкость на 60 мин.

г) Ватный шарик с кровью замочить вместе со всеми ватными шариками в емкости с 3% р-ром хлорамина на 120 мин.

д) Салфетку или пленку поместить в мешок для грязного белья.

е) Обработать дважды клеенчатую подушечку, венозный жгут и манипуляционный стол 3% р-ром хлорамина.

ж) Снять перчатки и замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 мин.

з) Вымыть руки с мылом, высушить индивидуальным полотенцем, обработать кожным антисептиком.

Примечание:

Остатки воздуха из цилиндра шприца выпустить в ампулу или флакон.

Внутримышечные инъекции

Цель: лечебная, профилактическая.

Показания: определяет врач.

Места проведения: верхний наружный квадрант ягодицы, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца плеча, дельтовидная мышца.

Оснащение: стерильные шприцы и иглы для внутримышечных инъекций, стерильные ватные шарики, ампулы или флаконы, полотенце, мыло, 70 % раствор этилового спирта, стерильные перчатки, маску, лоток для мусора, посуду с дезраствором, противошоковые средства.

Обязательное условие: максимальный объем вводимого внутримышечно лекарственного вещества не должен превышать 10 мл, игла длиной не менее 4–6 см.

Выполнение процедуры:

1. Психологически подготовить пациента к манипуляции.

2. Провести гигиеническую обработку рук.

3. Надеть маску, стерильные перчатки.
4. Набрать в шприц лекарство и выпустить из него воздух.
5. Предложить пациенту занять удобное положение, лучше лежа на животе или на боку.
6. попросить обнажить участок кожи, куда планируется делать инъекцию.
7. Пропальпировать место введения препарата (уплотнения, болезненность).
8. Протереть поочередно двумя ватными шариками, смоченными в спирте, кожу в месте инъекции.
9. В правую руку взять шприц с иглой, II пальцем фиксировать поршень, V – муфту иглы, а другими поддерживать цилиндр шприца.
10. I и II пальцами левой руки растянуть кожу в месте инъекции.
11. Перпендикулярно к поверхности кожи резким движением ввести иглу на две трети ее длины. При введении лекарства в бедро шприц необходимо держать как писчее перо, под углом 45°, чтобы не повредить надкостницу.
12. Оттянуть поршень к себе и убедиться, что игла не попала в просвет сосуда.
13. Медленно ввести лекарственное средство, нажимая на поршень левой рукой.
14. Прижать к коже шарик со спиртом, быстрым движением вытянуть иглу.
15. Прозеинфицировать место инъекции.
16. Положить иглу в специальный контейнер; если использован одноразовый шприц, сломать иглу и канюлю шприца; снять перчатки.
17. Сделать отметку о выполненной манипуляции.
18. Инфекционная безопасность:
 - а) Промыть шприц с иглой в 1-й емкости с 3% р-ром хлорамина.
 - б) Замочить цилиндр и поршень во 2-й емкости с 5% р-ром хлорамина.
 - в) Иглу поместить в 3-ю емкость на 60 мин.
 - г) Ватный шарик с кровью замочить вместе со всеми ватными шариками в емкости с 3% р-ром хлорамина на 120 мин.
 - д) Салфетку или пленку поместить в мешок для грязного белья.
 - е) Обработать дважды клеенчатую подушечку, венозный жгут и манипуляционный стол 3% р-ром хлорамина.
 - ж) Снять перчатки и замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 мин.
 - з) Вымыть руки с мылом, высушить индивидуальным полотенцем, обработать кожным антисептиком.

Примечание:

Остатки воздуха из цилиндра шприца выпустите в ампулу или флакон.

Внутривенные струйные вливания

Цель: лечебная.

Показания: назначения врача.

Места проведения: вены локтевых сгибов и кистей.

Оснащение: мыло, индивидуальное полотенце, перчатки, пилочка для вскрытия ампул, необходимые лекарственные препараты, стерильный лоток для шприца, ватные шарики в 70% спирте, кожный антисептик, стерильный одноразовый шприц 10-20 мл, иглы длиной 4–6 см, стерильный пинцет в стерильной пеленке (или салфетке), клеенчатая подушка, венозный жгут, салфетка или одноразовая пеленка, аптечка «Анти-ВИЧ», стерильная ветошь, емкости с дезраствором (3%, 5%), мешок для грязного белья.

Обязательное условие: манипуляция проводится в процедурном кабинете поликлиники или стационара с соблюдением правил асептики и антисептики; если больной находится на постельном режиме – в палате. Для равномерного разведения действующего вещества его набирают в шприц первым, а затем добавляют растворитель (физиологический раствор, глюкозу)

Выполнение процедуры:

1. Вымыть руки с мылом, высушить индивидуальным полотенцем, обработать кожным антисептиком.

2. Проверить срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскрыть упаковку, собрать шприц и выложить его в стерильный почкообразный лоток.

3. Проверить название, срок годности, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверить с листком назначения.

4. Взять стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом и сбросить их в ладони. Обработать и вскрыть ампулу.

5. Набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

6. Сбросить защитный колпачок с иглы и пустую ампулу в лоток для отработанного материала (кроме ампул от сильнодействующих и наркотических лекарственных средств).

7. Положить шприц в стерильный лоток.

8. Положить в стерильный лоток со стороны поршня стерильные ватные шарики (не менее 4 штук).

9. Объяснить пациенту ход манипуляции.

10. Усадить или уложить пациента. Под локоть для максимального разгибания руки положить клеенчатую подушку.

11. Наложить через одноразовую пеленку или салфетку (или на одежду) на среднюю треть плеча венозный жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз. Попросить пациента поработать кулаком.

12. Надеть стерильные перчатки. Снять с их поверхности тальк ватным шариком со спиртом.

13. Пропальпировать наиболее доступную и наполненную вену, ватным шариком с кожным антисептиком обработать всю область локтевого сгиба (в направлении снизу вверх).

14. Попросить пациента сжать кулак, после чего обработать место инъекции ватным шариком с кожным антисептиком.

15. Натянуть большим пальцем левой руки кожу локтевого сгиба на себя, фиксируя вену.

16. Взять шприц в правую руку, держа указательный палец на канюле иглы, расположить иглу срезом вверх. Параллельно поверхности осторожно проколоть кожу и вену (одномоментно или двухмоментно) и продвинуть иглу на 1/3 длины по вене до ощущения попадания в пустоту или появления крови в канюле и цилиндре шприца.

17. Потянуть рукой поршень на себя так, чтобы в цилиндре шприца появилась кровь.

18. Развязать жгут, потянув за один из свободных концов, попросить пациента разжать кулак, еще раз потянуть поршень на себя для проверки контакта иглы с веной.

19. Ввести лекарственный препарат, не меняя положения шприца.

20. Приложить к месту инъекции ватный шарик с кожным антисептиком и извлечь иглу из вены.

21. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, оставив шарик до полной остановки кровотечения из места прокола.

22. Выяснить самочувствие пациента, забрать ватный шарик и проводить его до дверей кабинета.

23. Инфекционная безопасность:

а) Промыть шприц с иглой в 1-й емкости с 3% р-ром хлорамина.

б) Замочить цилиндр и поршень во 2-й емкости с 5% р-ром хлорамина.

в) Иглу поместить в 3-ю емкость на 60 мин.

г) Ватный шарик с кровью замочить вместе со всеми ватными шариками в емкости с 3% р-ром хлорамина на 120 мин.

д) Салфетку или пеленку поместить в мешок для грязного белья.

е) Обработать дважды клеенчатую подушечку, венозный жгут и манипуляционный стол 3% р-ром хлорамина.

ж) Снять перчатки и замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 мин.

з) Вымыть руки с мылом, высушить индивидуальным полотенцем, обработать кожным антисептиком.

Примечание:

Остатки воздуха из цилиндра шприца выпустите в ампулу или флакон.

Внутривенное капельное введение жидкостей

Цель: медленное, 40 — 60 капель в минуту, поступление в кровеносное русло лекарственных растворов.

Показания: восстановление объема циркулирующей крови; нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния организма; устранение явлений интоксикации; парентеральное питание.

Оснащение: стерильные: лоток, бязевая салфетка, сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток, пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат; одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы, длиной 1—1,5 м над кроватью, клеенчатая подушечка, лейкопластырь — 2 ленты длиной 3-4 см и шириной 1 см; дезинфицирующий раствор в емкостях для дезинфекции «капельницы», иглы, ватных шариков и салфеток, жгута, клеенчатой подушечки, лейкопластыря, ветоши, процедурного стола, кушетки, ветошь с маркировкой, спирт 70°.

Обязательное условие: проводится в процедурном кабинете при постоянном присутствии медработника.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании).

2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру.

3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильный халат, маску, перчатки.

4. Подготовить одноразовую систему для капельного введения.

5. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом.

6. Подготовить флакон с лекарственным раствором для инфузии.

7. Снять с флакона металлический колпачок ножницами.

8. Обработать пробку флакона двукратно спиртом.

9. Закрыть зажим на системе.

10. Перевернуть флакон вверх дном, повесить на штативе.

11. Перевернуть капельницу, снять иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.
12. Заполнить капельницу раствором, держа длинный конец системы выше перевернутой капельницы.
13. Следить, чтобы капельница оказалась на одном уровне с флаконом.
14. Заполнить капельницу примерно наполовину.
15. Опустить конец системы вниз и заполнить трубку раствором, закрыть зажим.
16. Надеть иглу с колпачком.
17. Уложить пациента в удобное положение.
18. Положить под локоть пациента клеенчатую подушечку, исследовать вену.
19. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча. Исследовать вену.
20. Обработать место пункции вены 70% спиртом двукратно разными ватными шариками.
21. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы.
22. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения.
23. Предложить пациенту сжать кулак.
24. Ввести иглу в вену на 1/3 ее длины, подложив под канюлю стерильную салфетку.
25. Снять жгут.
26. Открыть зажим на системе. Сдавить трубку системы пальцами правой руки.
27. Присоединить систему к канюле иглы, сменить салфетку.
28. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом.
29. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения.
30. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.
31. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком, извлечь иглу.
32. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом).
33. Закрыть иглу колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности. Подвесить трубку системы на штативе.
34. Погрузить систему с иглой в емкость с дезраствором, разрезать ножницами в дезрастворе, при полном погружении.

35. Взять у пациента (через 5-7 мин.) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции.
36. Снять перчатки.
37. Вымыть руки, осушить.
38. Наблюдать за состоянием пациента. Сменить положение пациента в постели, рекомендовать не вставать в течение 2 часов.
39. Провести регистрацию проведения процедуры и реакции пациента на процедуру.

Взятие крови из периферической вены шприцем

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача.

Места проведения: вены локтевых сгибов и кистей.

Оснащение: манипуляционный столик, штатив для пробирок, пробирки с крышкой, перчатки, маска, очки, стерильный лоток для шприца, ватные шарики в 70% спирте, кожный антисептик, стерильный одноразовый шприц 10-20 мл, иглы длиной 4–6 см, стерильный пинцет в стерильной пеленке (или салфетке), клеенчатая подушка, венозный жгут, салфетка или одноразовая пеленка, аптечка «Анти-ВИЧ», стерильная ветошь, емкости с дезраствором (3%, 5%).

Обязательное условие: манипуляция проводится в процедурном кабинете поликлиники или стационара с соблюдением правил асептики и антисептики; если больной находится на постельном режиме – в палате. Взятие крови проводят натошак. Пункцируют периферические вены. Недопустим забор крови из микрокатетера, иглы-«бабочки», периферического катетера, путем венесекции. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное «сжатие и разжимание кулака»), так как это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Ребенку до 6 мес. забор крови осуществляется в положении лежа. Детей от 1 года до 5-7 лет помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой.

Выполнение процедуры:

1. Психологически подготовить пациента к манипуляции.
2. Помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избегания возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту макси-

мально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

6. Надеть перчатки (нестерильные).

7. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

8. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо.

9. Подождать до полного высыхания антисептика или просушить место венепункции стерильным сухим тампоном (не пальпировать вену после обработки).

10. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

11. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту».

12. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови.

11. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.

12. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.

13. Кровь аккуратно медленно по стеночке перелить в пробирку.

14. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

15. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

16. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

17. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление.

18. Организовать доставку проб в лабораторию.

Взятие крови из периферической вены иглой

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача.

Места проведения: вены локтевых сгибов и кистей.

Оснащение: манипуляционный столик, штатив для пробирок, пробирки с крышкой, перчатки, маска, очки, стерильный лоток для шприца, ватные шарики в 70% спирте, кожный антисептик, иглы длиной 4–6 см, стерильный пинцет в стерильной пеленке (или салфетке), клеенчатая подушка, венозный жгут, салфетка или одноразовая пеленка, аптечка «Анти-ВИЧ», стерильная ветошь, емкости с дезраствором (3%, 5%).

Обязательное условие: манипуляция проводится в процедурном кабинете поликлиники или стационара с соблюдением правил асептики и антисептики; если больной находится на постельном режиме – в палате. Взятие крови проводят натошак. Пункцируют периферические вены. Недопустим забор крови из микрокатетера, иглы-«бабочки», периферического катетера, путем венесекции. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное «сжимание и разжимание кулака»), так как это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Ребенку до 6 мес. забор крови осуществляется в положении лежа. Детей от 1 года до 5-7 лет помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой.

Выполнение процедуры:

1. Психологически подготовить пациента к манипуляции.
2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избегания возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.
6. Надеть перчатки (нестерильные).
7. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении ве-

непункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

8. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо.

9. Подождать до полного высыхания антисептика или просушить место венепункции стерильным сухим тампоном (не пальпировать вену после обработки).

10. Взять иглу необходимого размера, вскрыть упаковочный пакет.

11. Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку.

12. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту».

13. Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови.

14. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.

15. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

16. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

17. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

18. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

19. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление.

20. Организовать доставку проб в лабораторию.

Взятие крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача.

Места проведения: вены локтевых сгибов и кистей.

Оснащение: манипуляционный столик, вакуумная система для забора крови, штатив для пробирок, пробирки с крышкой, перчатки, маска, очки, стерильный лоток для шприца, ватные шарики в 70%

спирте, кожный антисептик, стерильный одноразовый шприц 10-20 мл, иглы длиной 4–6 см, стерильный пинцет в стерильной пеленке (или салфетке), клеенчатая подушка, венозный жгут, салфетка или одноразовая пеленка, аптечка «анти-ВИЧ», стерильная ветошь, емкости с дезраствором (3%, 5%), мешок для грязного белья.

Обязательное условие: манипуляция проводится в процедурном кабинете поликлиники или стационара с соблюдением правил асептики и антисептики; если больной находится на постельном режиме – в палате. Взятие крови проводят натошак. Пункцируют периферические вены. Недопустим забор крови из микрокатетера, иглы-«бабочки», периферического катетера, путем венесекции. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное «сжимание и разжимание кулака»), так как это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Ребенку до 6 мес. забор крови осуществляется в положении лежа. Детей от 1 года до 5-7 лет помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой.

Выполнение процедуры:

1. Психологически подготовить пациента к манипуляции.
2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Выбрать пробирки, соответствующие заявленным тестам, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь.
5. Надеть перчатки (нестерильные).
6. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) на 7-10 см выше места венепункции. Жгут нужно накладывать не более, чем на одну минуту. Большее время сдавливания вены может повлиять на результаты анализов вследствие изменения концентраций в крови некоторых показателей.
7. Попросить пациента сжать кулак. Выбрать место венепункции. Наиболее часто используются средняя локтевая и подкожные вены, однако можно пунктировать и менее крупные и полнокровные вены тыльной поверхности запястья и кисти.
8. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла – снять защитный колпачок серого или белого цвета.
9. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.

10. Продезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептиком, круговыми движениями, от центра к периферии.

11. Подождать до полного высыхания антисептика (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдуть место прокола, чтобы не занести на него инфекцию. Нельзя пальпировать вену после обработки. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.

12. Снять колпачок с другой стороны иглы.

13. Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см ниже места венепункции, натянуть кожу.

14. Расположить иглу по одной линии с веной, скосом вверх, и пунктировать вену под углом 15 – 30 градусов к коже.

15. Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в пробирку.

16. Убедиться, что пациент разжал кулак. Кровь проходит в пробирку, пока полностью не компенсирует созданный в ней вакуум. Если кровь не идет, значит игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу, но не вынимать, пока кровь не пойдет в пробирку. Точность заполнения пробирки составляет $\pm 10\%$ от номинального объема.

17. Извлечь пробирку из держателя.

18. Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполнителем: пробирку без антикоагулянтов – 5-6 раз; пробирку с цитратом – 3-4 раза, пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками – 8-10 раз. Пробирки нельзя встряхивать - это может вызвать пенообразование и гемолиз, а также привести к механическому лизису эритроцитов. Если это необходимо, в иглодержатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно.

19. После того, как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции.

20. Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многобазовые держатели отсоединяются путем помещения иглы в специальное отверстие в крышке контейнера. Игла откручивается от держателя, оставаясь в

контейнере. В целях предотвращения контакта с кровью запрещается разбирать иглу и держатель в руках!

21. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

22. Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь.

23. Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством.

24. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

25. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

26. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

27. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление.

28. Организовать доставку проб в лабораторию.

IV. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Прием Геймлиха взрослому (в сознании)

Цель: оказание неотложной помощи поперхнувшемуся.

Показания: попадание инородного тела в трахею.

Обязательное условие: пострадавший в сознании.

Оснащение: нет.

Выполнение процедуры:

1. Встать за спиной пострадавшего (если он еще на ногах и не потерял сознания), обхватив его руками.

2. Сжать одну руку в кулак и той стороной, где большой палец, положить ее на живот пострадавшего на уровне между пупком и реберными дугами (в эпигастральную область).

3. Ладонь другой руки положить поверх кулака, быстрым толчком вверх кулак вдавить в живот. Руки при этом нужно резко согнуть в локтях, но грудную клетку пострадавшего не сдавливать.

4. При необходимости прием повторить несколько раз, пока дыхательные пути не освободятся.

5. При восстановлении проходимости дыхательных путей у человека восстановится дыхание, и появится нормальный цвет лица.

Прием Геймлиха взрослому (без сознания)

Цель: оказание неотложной помощи поперхнувшемуся.

Показания: попадание инородного тела в трахею.

Обязательное условие: пострадавший без сознания или к нему нельзя подойти сзади.

Оснащение: нет.

Выполнение процедуры:

1. Положить пострадавшего на спину.
2. Сесть верхом на бедра пострадавшего, лицом к голове.
3. Положив одну руку на другую, поместить основание ладони нижней руки между пупком и реберными дугами (в эпигастральную область).
4. Используя вес своего тела, энергично надавить на живот пострадавшего в направлении вверх к диафрагме. Голова пострадавшего не должна быть повернута в сторону.
5. Повторить несколько раз, пока дыхательные пути не освободятся.

Прием Геймлиха ребенку

Цель: оказание неотложной помощи поперхнувшемуся ребенку.

Показания: попадание инородного тела в трахею.

Оснащение: нет.

Выполнение процедуры:

1. Положить ребенка на спину на твердую поверхность и встать на колени в его ногах, или держать его на коленях лицом от себя.
2. Положить средние и указательные пальцы обеих рук на живот ребенка на уровне между пупком и реберными дугами.
3. Энергично и осторожно надавить на эпигастральную область в направлении вверх к диафрагме, не сдавливая грудную клетку.
4. Повторить, пока дыхательные пути не освободятся.

Прием Геймлиха (самопомощь)

Цель: самопомощь.

Показания: попадание инородного тела в трахею.

Оснащение: нет.

Выполнение процедуры:

1. Сжать одну руку в кулак и той стороной, где большой палец, положить ее на живот на уровне между пупком и реберными дугами.
2. Ладонь другой руки положить поверх кулака, быстрым толчком вверх кулак вдавить в живот.
3. Повторить несколько раз, пока дыхательные пути не освободятся.
4. Можно опереться на крепко стоящий горизонтальный предмет (угол стола, стул, перила) и произвести толчок в направлении вверх в эпигастральной области.

Базовая сердечно-легочная реанимация ***Непрямой массаж сердца***

Цель: проведение сердечной реанимации.

Показания: остановка сердца.

Обязательные условия: если непрямой массаж сердца выполняют 2 человека, то ритм сжатий в минуту составляет 80-100, т.е. «соотношение реанимации» (вдох/массаж сердца) должно составлять 1:5. Если непрямой массаж сердца и искусственное дыхание осуществляет один человек, то соотношение реанимации (вдох/массаж сердца) составляет 2:15.

Выполнение процедуры:

1. До проведения массажа сердца провести один - два прекардиальных удара по грудице кулаком («*tump rump*», по терминологии ВОЗ) средней силы размахом руки с расстояния 25-30 см от поверхности тела (при асистолии способствует восстановлению ритма сердца). Эффективность прекардиального удара – появление пульса на сонной артерии.

2. Разместиться справа от больного и наложить свои выпрямленные руки на нижнюю треть грудины (выше мечевидного отростка грудины на два поперечника пальца): основание одной кисти следует положить на нижнюю треть грудины, длинная ось ладони должна совпадать с продольной осью грудины. Кисть второй руки помещают крестообразно на тыльную поверхность кисти первой руки - длинная ось основания второй кисти располагается перпендикулярно, т.е. под углом 90°, по отношению к основанию первой и, естественно, продольной оси грудины. Пальцы рук не должны касаться грудной клетки больного

3. Осуществлять надавливание на грудину (для смещения грудины на 4-5 см) быстрыми толчками с последующим отниманием рук после каждого толчка.

4. Критерии эффективности непрямого массажа сердца - синхронная с массажными толчками пульсация сонных артерий, порозовение кожных покровов, сужение зрачков.

ИВЛ

Цель: проведение легочной реанимации.

Показания: остановка дыхания.

Обязательные условия: нет.

Выполнение процедуры:

1) ***Вариант 1 «изо рта ко рту»:***

а) сделать вдох, зажав носовые ходы пациента пальцами руки, установленной на его лбу, прижаться губами ко рту и сделать глубокий выдох в его ротовую полость;

б) открыть нос и освободить губы, что сопровождается пассивным выдохом больного;

в) вновь поднять голову и сделать следующий вдох для выдыхания воздуха в ротовую полость пациента. Рот больного должен быть постоянно открыт!

2) *Вариант 2 «изо рта к носу»:*

а) наложить одну руку оказывающего помощь на лоб пострадавшего, большой палец другой руки поместить в промежуток между нижней губой и подбородком, оставшимися 4 пальцами прижать нижнюю челюсть к верхней, т.е. плотно закрыть ротовую полость больного;

б) оказывающий помощь широко раскрывает рот, губами плотно охватывает нос пострадавшего так, чтобы не было утечки воздуха вокруг его губ, и делает обычный выдох;

в) открыть нос, происходит пассивный выдох.

г) вновь поднять голову и сделать следующий вдох для выдыхания воздуха в нос.

У детей первого года жизни можно проводить ИВЛ по варианту «рот ко рту и носу».

Скорость дыхательных движений должна соответствовать возрастной частоте дыхания.

Признаки эффективности ИВЛ: заметны движения грудной клетки во время вдоха; шумный выдох; улучшается цвет кожных покровов: цианотические участки кожи бледнеют и начинают приобретать естественный цвет.

Коникотомия

Цель: проведение легочной реанимации.

Показания: дыхательная недостаточность, механическая.

Оснащение: перчатки стерильные (если есть), раствор йода или спирт (если есть), режущий предмет, скальпель, нож, полая трубка, плоский тупой предмет, бинт или пластырь (если есть).

Выполнение процедуры:

1. Надеть перчатки.
2. Нащупать щитовидный хрящ (адамово яблоко, или кадык) и соскользнуть пальцем вниз вдоль срединной линии.
3. Нащупать коническую связку, углубление между щитовидным и перстневидным хрящами.
4. Обработать шею йодом или спиртом.

5. Зафиксировать щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей - наоборот).

6. Пальцами правой руки захватить режущий инструмент на два сантиметра от острия для предотвращения перфорации задней стенки трахеи.

7. Правой рукой сделать поперечный разрез, одновременно рассечь кожу и коническую связку.

8. Раздвинуть края раны тупым плоским предметом (тупым концом скальпеля).

9. Вставить в рану полую трубку и зафиксировать ее бинтом или пластырем. Если нет полой трубки, можно воспользоваться тупым концом скальпеля, вставить его в разрез и развернуть на 90 градусов.

10. При отсутствии самостоятельного дыхания проводить искусственное дыхание в трубку или отверстие

Пункционная коникотомия (с помощью иглы)

Цель: проведение легочной реанимации.

Показания: дыхательная недостаточность, механическая.

Обязательные условия: выполняется у детей до 8 лет, т.к. при использовании иглы нарушается целостность только конической связки.

Оснащение: перчатки стерильные (если есть), раствор йода или спирт (если есть), широкая полая игла (лучше с катетером), бинт или пластырь (если есть).

Выполнение процедуры:

1. Надеть перчатки.

2. Нашупать щитовидный хрящ (адамово яблоко, или кадык) и соскользнуть пальцем вниз вдоль срединной линии.

3. Нашупать коническую связку, углубление между щитовидным и перстневидным хрящами.

4. Обработать шею йодом или спиртом.

5. Зафиксировать щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей - наоборот).

6. Правой рукой ввести иглу через кожу и коническую связку в просвет трахеи.

7. Зафиксировать ее пластырем или бинтом. Если используется игла с катетером, вынуть иглу.

8. Для увеличения дыхательного потока можно последовательно вставить несколько игл.

Наложение кровоостанавливающего жгута

Цель: остановка артериального кровотечения из конечности.

Показания: остановка кровотечения.

Место расположения жгута: верхняя треть плеча, средняя треть бедра.

Обязательные условия: жгут накладывают при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Длительность наложения жгута – 30 минут в зимнее время, 60 минут – в летнее.

Оснащение: перчатки стерильные (если есть), мягкая прокладка (бинт, одежда и др.), бумага, карандаш (ручка).

Выполнение процедуры:

1. Подвести под место предполагаемого наложения приподнятой конечности жгут.

2. Растянуть (если он резиновый), подложив под него мягкую прокладку (бинт, одежду и др.).

3. Туго накрутить несколько раз (до полной остановки кровотечения) так, чтобы витки сложились пилотную один к другому и чтобы между ними не попали складки кожи.

4. Концы жгута надежно завязать или скрепить с помощью цепочки и крючка.

5. К жгуту обязательно прикрепить лист бумаги (картона) с указанием времени его наложения.

Транспортная иммобилизация Наложение повязки Дезо

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: переломы ключицы, лопатки и вывихе плеча.

Преимущества: при наложении повязки Дезо предотвращается отвисание плечевого пояса книзу, и хорошо фиксируется поврежденная конечность к туловищу пострадавшего.

Оснащение: ватно-марлевая подушечка, бинт.

Выполнение процедуры:

1. В подмышечную область положить ватно-марлевую подушечку.

2. Предплечье установить под прямым углом в локтевом суставе, ладонью к животу.

3. Руку плотно прижать к груди.

4. Первые туры бинта вести от здоровой половины грудной клетки к больной.

5. Спиральными ходами прибинтовать здоровое плечо.

6. От здоровой подмышечной впадины бинт повести косо вверх по передней поверхности груди к надплечью больной стороны.

7. Затем через надплечье, опустить вниз, обойти предплечье в локтевом суставе, потом повести косо вверх к подмышечной впадине здоровой стороны.

8. Так повторить несколько раз.

9. Повязку надо прошить для того, чтобы туры бинта не спадали.

Наложение шины Крамера

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: перелом плечевой кости.

Оснащение: лестничная шина (Крамера), вата, бинт, стеганая ватная подстилка, ватно-марлевая подушечка.

Выполнение процедуры:

1. Шину обложить ватой или стеганой ватной подстилкой, прогнуть в виде желоба и отмоделировать по здоровой конечности.

2. Руку расположить в среднем положении между пронацией и супинацией предплечья и сгибания его под углом 90° в локтевом суставе.

3. По задней поверхности поврежденной конечности наложить шину Крамера от пястно-фаланговых сочленений до надплечья.

4. Плечо вывести вперед на 30° и несколько отвести от туловища (с этой целью в подмышечную впадину положить ватно-марлевый валик).

5. Проксимальный конец шины связать с дистальным двумя марлевыми тесемками, охватывающими грудь на противоположной перелому стороне спереди и сзади.

6. Шину зафиксировать к конечности мягким марлевым бинтом.

7. Руку дополнительно подвесить на косынке или прибинтовать к туловищу.

Наложение лестничной шины при переломах костей предплечья

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: перелом костей предплечья.

Обязательные условия: Угол сгибания в локтевом суставе при переломе венечного отростка локтевой кости или шейки лучевой должен быть острым, а при отрыве локтевого отростка - в $110-120^\circ$, при диафизарных переломах - в 90° .

Оснащение: лестничная шина (Крамера), вата, бинт, стеганая ватная подстилка, ватно-марлевая подушечка.

Выполнение процедуры:

1. Шину обложить ватой или стеганой ватной подстилкой, прогнуть в виде желоба и отмоделировать по здоровой конечности.

2. Предплечью придать среднее положение между пронацией и супинацией, а кисти - небольшое тыльное сгибание.
3. Наложить шину по задней поверхности от оснований пальцев до верхней трети плеча.
4. Шину прибинтовать мягким бинтом.
5. Поврежденную конечность подвесить на косынку.

Наложение лестничной шины при переломах костей лучезапястного сустава

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: перелом костей лучезапястного сустава кисти пальцев.

Оснащение: лестничная шина (Крамера), сетчатая или фанерная шина, вата, бинт, стеганая ватная подстилка, ватно-марлевая подушечка.

Выполнение процедуры:

1. Шину обложить ватой или стеганой ватной подстилкой, прогнуть в виде желоба и отмоделировать по здоровой конечности.
2. Кисти придать полусогнутое положение, в ладонь вложить ком ваты, обернутый марлей.
3. Шину наложить на ладонную или тыльную поверхность до локтевого сустава
4. Укрепить спиральными турами бинта.

Наложение лестничной шины (перелом костей голени)

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: перелом костей голени.

Оснащение: длинные лестничные шины (Крамера), вата, бинт, стеганая ватная подстилка, ватно-марлевая подушечка.

Выполнение процедуры:

1. Шину обложить ватой или стеганой ватной подстилкой, прогнуть в виде желоба и отмоделировать по здоровой конечности по контурам икроножных мышц, ахиллова сухожилия и пятки.
2. Установить положение стопы под прямым углом.
3. Наложить по задней поверхности от пальцев стопы до средней трети бедра.
4. Приложить две боковые шины или одну у-образную на поврежденную конечность.
5. Зафиксировать их круговыми турами бинта.

Наложение лестничной шины (перелом лодыжек)

Цель: иммобилизация при травмах.

Показания: перелом костей лодыжек и костей стопы.

Оснащение: лестничные шины (Крамера), вата, бинт, стеганая ватная подстилка, ватно-марлевая подушечка.

Выполнение процедуры:

1. Лестничную или сетчатую шину смоделировать по здоровой конечности.

2. Стопу и голень обернуть ватой, которую закрепить спиральными турами бинта.

3. На костные выступы положить ватные подушечки.

4. Лестничную или сетчатую шину наложить по задней поверхности голени от коленного сустава до кончиков пальцев.

5. Прификсировать к здоровой конечности мягким бинтом.

Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке

Цель: оказание неотложной помощи.

Показания: анафилактический шок.

Оснащение: адреналин 0,1%, преднизолон, тавегил, супрастин, изотонический раствор хлорида натрия, одноразовые шприцы, ватно-марлевые тампоны, антисептик.

Выполнение процедуры:

1. Устранить воздействие аллергена: проветрить помещение, прекратить введение препарата, наложить жгут выше места инъекции или укуса, обработать рану антисептиком, приложить холод.

2. Уложить пострадавшего горизонтально, при снижении давления с незначительно приподнятыми ногами, повернуть его голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть, убрать изо рта зубные протезы.

3. Обколоть место инъекции 0,5 мл 0,1 % раствором адреналина (в разведении с изотоническим раствором хлорида натрия 1:10) – при подкожном или внутримышечном введении препарата.

4. Следить за пульсом, давлением, дыханием больного.

5. Ввести преднизолон внутривенно (или внутримышечно) из расчета 1 мг/кг массы ребенку, взрослому - не менее 90 мг;

6. Ввести антигистаминное средство тавегил 1%, супрастин 1% внутримышечно.

7. При необходимости провести легочно-сердечную реанимацию.

Алгоритм оказания помощи при острой дыхательной недостаточности

Цель: оказание неотложной помощи.

Показания: дыхательная недостаточность.

Оснащение: дыхательный аппарат, кювез, отсос, кислород.

Выполнение процедуры:

1. Уложить, приподняв верхнюю часть туловища.
2. Освободить дыхательные пути от слизи (резиновым баллончиком, электроотсосом).
3. Дать кислород (оксигенотерапия) при помощи носовых катетеров, специальных масок, ребенку - в кювезе или в кислородной палатке (ДКП-1).
4. Носовой катетер, смазанный маслом, ввести в носовой ход и зафиксировать на лице лейкопластырем (гипоаллергенным). Катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на 1 см ниже малого язычка.
5. Подать воздушно-кислородную смесь.
6. Контролировать АД, ЧСС, пульс.

Алгоритм оказания помощи при острой сосудистой недостаточности (обморок)

Цель: оказание неотложной помощи.

Показания: сердечно-сосудистая недостаточность.

Оснащение: вата, нашатырный спирт, уксус.

Выполнение процедуры:

1. Уложить горизонтально, приподняв ноги.
 2. Освободить грудную клетку от сдавливающей одежды.
 3. Опрыскать лицо и грудную клетку холодной водой.
 4. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса (на ватном тампоне);
 5. Обеспечить приток свежего воздуха (кислорода);
 6. При выходе из обморока – напоить горячим сладким чаем.
- При затянувшемся обмороке:
1. Вызвать врача; измерить АД, подсчитать пульс.
 2. Обложить ребенка теплыми грелками, растереть разведенным спиртом.

Алгоритм оказания помощи при острой сосудистой недостаточности (коллапс)

Цель: оказание неотложной помощи.

Показания: сердечно-сосудистая недостаточность.

Оснащение: грелки, вата, антисептик, набор медикаментов по назначению врача.

Выполнение процедуры:

1. Срочно вызвать врача.

2. Уложить горизонтально с приподнятыми ногами и слегка запрокинутой головой.
3. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей, провести ревизию полости рта, снять стесняющую одежду.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха (кислород).
5. Согреть одеялами, грелками.
6. Провести массаж живота, растирание конечностей камфорным или разведенным этиловым спиртом – при отсутствии противопоказаний (травма, кровотечение).
7. Приготовить медицинские инструменты для внутривенного введения лекарств по назначению врача.

V. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Пролежни

Цель: профилактика пролежней.

Показания: профилактика пролежней, соблюдение гигиены.

Противопоказания: нет.

Оснащение: функциональная кровать, противопролежневый матрац, чистое белье (одежда), простыня, резиновое судно, ватно-марлевые круги, полуспиртовый раствор, камфорный спирт, 3 % раствор уксуса.

Обязательное условие: лежачий пациент, 1 медработник.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Уложить пациента на кровать.
4. Предоставить больному удобную лучше функциональную кровать.
5. Периодически менять положение больного (на правый, на левый бок), если не противопоказано.
6. Следить за чистотой постельного и нательного белья, перестилать постель 2–3 раза в день; на нем не должно быть складок, крошек.
7. Следить за чистотой кожных покровов: чистым мягким полотенцем (марлей), смоченным дезинфицирующим раствором (одеколон, водка, полуспиртовый раствор, камфорный спирт, 3 % раствор уксуса), протирать кожные покровы не менее 2 раз в день, при необходимости – чаще; после этого кожу вытереть насухо.

8. Под крестец и копчик подложить резиновый круг или резиновое судно, покрытое пленкой; под пятки и локти – ватно-марлевые круги. Круг должен быть надут не очень туго, чтобы он мог изменять свою форму при движении больного.

9. Укрыть больного.

VI. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Обработка рук

Цель: гигиена рук.

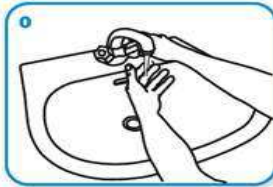
Показания: чистота рук.

Оснащение: мыло жидкое, проточная вода, бумажные полотенца.

Выполнение процедуры:

1. Снять все украшения на руках, которые могут затруднить мытьё.
2. Хорошо намочить руки водой (вода должна быть теплой, но не горячей и не холодной).
3. Намылить не только ладони, но и сами пальцы, места между ними, а также запястье и верхнюю часть рук.
4. Вымыть руки с мылом с обеих сторон с двукратным намыливанием.
5. Особое внимание уделит пальцам.
6. Смыть как можно лучше мыло струей проточной воды.
7. Хорошенько вытереть руки одноразовым полотенцем.

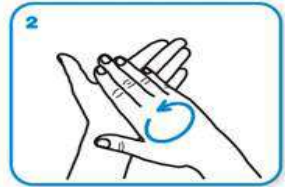
Схема гигиенического мытья рук



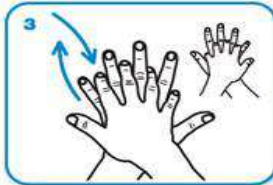
Wet hands with water



apply enough soap to cover all hand surfaces.



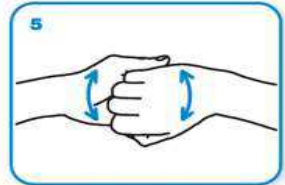
Rub hands palm to palm



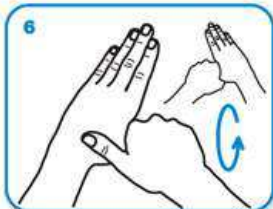
right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa



palm to palm with fingers interlaced



backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked



rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa



rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa.



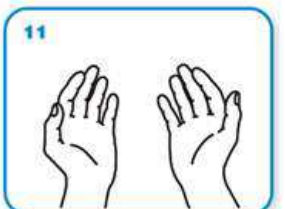
Rinse hands with water



dry thoroughly with a single use towel



use towel to turn off faucet



...and your hands are safe.

Предоперационная обработка рук по Спасокукоцкому-Кочергину

Цель: обеззараживание рук медицинского персонала.

Показания: подготовка к оперативным вмешательствам, диагностическим процедурам.

Оснащение: 2 эмалированных таза, подставки для биксов и тазов, флакон с 0,5% раствором нашатырного спирта, флакон с 95% этиловым спиртом, биксы с перевязочным материалом и операционным бельем, установленные на подставки, мыло одноразовое, песочные часы (3 мин.)

Выполнение процедуры:

1. Подготовить тазы.
2. Налить в таз 5 литров дистиллированной воды и добавить 25 мл 0,5% нашатырного спирта. Раствор подогреть до 37-38⁰С.
3. Поставить песочные часы (3 мин.)
4. Приготовить бикс с перевязочным материалом.
5. Мыть руки под проточной водой с мылом (одноразовым) в течение 1 минуты от ногтевых фаланг к локтевому сгибу. Ополоснуть руки от ногтевых фаланг до локтевого сгиба.
6. Мыть руки стерильными салфетками в первом тазу в течение 3 минут. Мыть тщательно подногтевые пространства, околоногтевые валики, межпальцевые промежутки, пальцы кисти, ладонную и тыльную поверхности левой кисти, затем правой кисти.
7. Мыть тщательно левое и правое запястье, левое и правое предплечье до локтевого сгиба.
8. Мыть руки стерильными салфетками во втором тазу в течение 3 минут в той же последовательности до средней трети предплечья.
9. Просушить руки стерильным полотенцем.
10. Обработать руки стерильными салфетками, смоченными 96⁰ этиловым спиртом в течение 3 минут.

Обработка рук 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата (гигитан)

Цель: обеззараживание рук медицинского персонала.

Показания: подготовка к оперативным вмешательствам, диагностическим процедурам.

Необходимые условия: для обработки рук используют 0,5% спиртовой раствор препарата. Для получения концентрации 0,5% необходимо развести в пропорции 1: 40 (1 часть 20% водного раствора хлоргексидина биглюконата и 40 частей 70⁰ спирта).

Оснащение: флакон с 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата, флакон с 70⁰ этиловым спиртом, биксы с перевязочным материалом и операционным бельем, установленные на подставки; мыло (одноразовое), песочные часы (1-3 мин)

Выполнение процедуры:

1. Приготовить флакон с 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата.

2. Установить на подставку бикс с перевязочным материалом и операционным бельем.

3. Поставить песочные часы (1 мин.), приготовить мыло.

4. Ополоснуть руки водой с мылом в течение 1 минуты. Мыть руки в следующей последовательности: подногтевые пространства, околоногтевые валики, межпальцевые промежутки, пальцы кисти, ладонную и тыльную поверхности левой кисти, затем правой кисти, левое и правое запястье, левое и правое предплечье до локтевого сгиба.

5. Мыть руки под проточной водой для удаления мыльной пены от ногтевых фаланг до локтевого сгиба.

6. Мыть руки стерильным полотенцем, наброшенным на левую руку, в следующей последовательности:

а) пальцы правой руки от ногтевых фаланг до основания пальцев;

б) ладонную поверхность правой кисти от основания пальцев к лучезапястному суставу;

в) тыл кисти (в той же последовательности);

г) внутреннюю поверхность правого предплечья (до средней трети), затем — наружную поверхность предплечья;

д) внутреннюю поверхность правого предплечья от средней трети до локтевого сгиба, затем — наружную поверхность предплечья от средней трети с захватом локтевого сустава.

7. Переложить нижнюю часть полотенца на высушенную правую кисть и сушить левую кисть в той же последовательности.

8. Обрабатывать руки малыми стерильными салфетками, смоченными 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата, от ногтевых фаланг до локтевого сгиба (в той же последовательности, как и мытье рук под проточной водой с мылом) в течение 2 минут.

9. Обрабатывать руки малыми стерильными салфетками, смоченными 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата (в той же последовательности), до средней трети предплечья в течение 1 минуты.

***Обработка рук раствором 2,4% пермура
(муравьиной кислоты)***

Цель: обеззараживание рук медицинского персонала.

Показания: подготовка к оперативным вмешательствам, диагностическим процедурам.

Оснащение: флакон с 2,4% первомура, ёмкость с 1,0 л дистиллированной воды, биксы с операционным бельем, мыло (одноразовое), песочные часы (1 мин).

Выполнение процедуры:

1. Приготовить флакон с 2,4% раствором первомура — 1000 мл (раствор готовится и используется в день операции) и развести в емкости с 9 л дистиллированной воды.

2. Установить на подставку бикс с операционным бельем.

3. Приготовить песочные часы, мыло.

4. Мыть руки под проточной водой с мылом в течение 1 минуты от ногтевых фаланг кисти рук до верхней трети предплечья.

5. Ополоснуть руки водой для удаления мыльной пены от ногтевых фаланг до предплечья.

6. Вытереть руки насухо стерильным полотенцем (от ногтевых фаланг до предплечья поочередно — правую руку, затем — левую).

7. Опустить руки в емкость с 2,4% раствором первомура на одну минуту.

8. Вытереть руки насухо стерильным полотенцем (от ногтевых фаланг до предплечья поочередно — правую руку, затем — левую).

9. После окончания операции для профилактики сухости кожи и появления трещин, руки смазываются смягчающим составом или кремами.

Обработка рук церигелем

Цель: обеззараживание рук медицинского персонала.

Показания: подготовка к оперативным вмешательствам, диагностическим процедурам.

Оснащение: флакон с церигелем; биксы с операционным бельем; мыло (одноразовое); флакон с 70⁰ этиловым спиртом; песочные часы (1 мин.)

Выполнение процедуры:

1. Установить на подставку бикс с операционным бельем.

2. Приготовить флакон с раствором церигеля, песочные часы, мыло.

3. Мыть руки под проточной водой с мылом в течение 1 минуты.

4. Высушить руки стерильным полотенцем (от ногтевых фаланг до верхней трети предплечья).

5. Налить в ладони 3-4 мл раствора церигеля.

6. Растирать раствор по кистям рук и средней трети предплечий в течение 10 -15 секунд до образования пленки.

7. По окончании манипуляции удалить пленку 70° спиртом.

Схема проведения дезинфекции при внутрибольничных инфекциях

Цель: предотвращение внутрибольничных инфекций.

Показания: организация инфекционной безопасности в ЛПУ.

Противопоказания: нет.

Оснащение: дезрастворы различной концентрации, ветошь, уборочный инвентарь, кварцевая лампа.

Выполнение:

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

2. Приготовить дезинфицирующие растворы нужной концентрации.

3. Приготовить промаркированный уборочный инвентарь.

4. Обеззаразить остатки пищи, посуду.

5. Уложить в клеенчатый мешок вещи для камерной дезинфекции.

6. Мебель отодвинуть от стен, провести заключительную дезинфекцию орошением (при острозаразной инфекции) или двукратным протиранием с экспозицией 30-45 минут (при гнойно-септической инфекции).

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

8. Мусор необходимо собрать, сложить в ведро и сжечь или обеззаразить.

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

10. Обеззараживание различных объектов проводить дезинфицирующими, моющими, чистящими средствами соответствующей концентрации, уничтожающей возбудителей определенной инфекции.

Педикулез

Цель: уничтожение вшей.

Показания: выявление педикулеза при поступлении в стационар; состояние больного нетяжелое.

Противопоказания: тяжелое состояние больного.

Оснащение: 10–30 мл педикулоцидного средства «Ве-да-2», «Педилин», «Пара плюс», «Нитифор» (для уничтожения вшей и их яиц) при однократном применении; теплая вода; 4,5 % водный раствор столового уксуса, вата, частый гребень, полотенце.

Обязательные условия:

- пациент, санированный в приемном отделении по педикулезу, в отделении осматривается повторно;
- все пациенты, находящиеся на лечении, осматриваются на педикулез каждые 7 – 10 дней;
- в случае выявления педикулеза обработка проводится в отделении с использованием противопедикулезной укладки.

Выполнение процедуры:

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки.
4. Ниже волос при обработке головы повязать хлопчатобумажную, свернутую жгутом косынку во избежание попадания средства в глаза, носоглотку. Половые органы (при наличии лобковых вшей) защитить ватно-марлевыми тампонами.
5. Волосы головы или волосистые части тела человека обильно смочить теплой водой.
6. Интенсивно намылить педикулоцидным шампунем до образования пены.
7. Через 10 минут после нанесения средства его смыть проточной водой, затем вымыть больного обычным способом.
8. Волосы головы ополоснуть 4,5 % водным раствором столового уксуса (9 % столовый уксус разводят 1:1) и прочесать частым гребнем для удаления погибших насекомых и гнид.
9. Просушить полотенцем.
10. Снять защитную одежду, подвергнуть камерной обработке.
11. Одежду пациента подвергнуть камерной обработке.

2 способ

Показания: тяжелое состояние больного.

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения, обеспечить изоляцию, комфортные условия осуществления процедуры.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки.

4. Проздезинфицировать машинку для стрижки волос 70° спиртом или 3 % раствором карболовой кислоты.
5. Сбрить волосы на голове (на лобке).
6. Остриженные волосы, клеенку со вшами сжечь.
7. Вещи пациента подвергнуть камерной обработке.
8. Снять защитную одежду, подвергнуть камерной обработке.

Зарытовская Н.В., Калмыкова А.С., Рой С.В.

Практические умения медицинской сестры

*Учебное пособие
для сертификационного экзамена
на право допуска к работе в качестве
среднего медицинского персонала*