



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

### 1. Применение дезинфицирующих растворов.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств

1. Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

1.1. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;

- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

2. При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

3. Уборочный инвентарь (тележки, mopы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки mopов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

4. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

5. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

5.1. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю. В день проведения генеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.

5.2. Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

5.3. Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

5.4. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

6. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть отдельным, иметь четкую маркировку, применяться отдельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

6.1. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток многоразовые салфетки подлежат стирке.

6.2. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

## 2. Измерение роста, взвешивание пациентов.

Показания:

- первичный осмотр пациента;
- динамическое наблюдение в процессе лечения. Противопоказания: крайне тяжелое состояние пациента.

**ВЗВЕШИВАНИЕ ПАЦИЕНТА**

**ПРИГОТОВЬТЕ:**

- медицинские весы,
- лист наблюдения за состоянием пациента,
- перчатки,
- емкости с дезинфицирующими растворами,
- одноразовую салфетку под ноги пациента (можно использовать обычный лист бумаги).

**ПОДГОТОВЬТЕ ПАЦИЕНТА:**

- предупредите о манипуляции,
- предложите опорожнить мочевой пузырь и кишечник,
- предложите пациенту раздеться до нательного белья и обязательно снять обувь.

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Проверьте исправность и точность работы мед. весов;
2. На площадку весов постелите одноразовую салфетку или обычный лист бумаги;
3. Предложите пациенту встать на середину площадки весов, при опущенном затворе;
4. Поднимите затвор весов, установите равновесие с помощью грузов, расположенных на верхней и нижней планках весов - в результате получите массу тела пациента;
5. Полученные данные обязательно внесите в соответствующую графу в листе наблюдения за состоянием пациента;
6. Наденьте перчатки и использованную одноразовую салфетку или обычный лист бумаги замочите в дез. растворе.

**ЗАПОМНИТЕ!**

Взвешивание всегда проводится в одних и тех же условиях - натощак, в нательном белье, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника, без обуви.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

### ИЗМЕРЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА

#### ПРИГОТОВЬТЕ:

- ростомер;
- одноразовую салфетку (под ноги пациенту) или обычный лист бумаги;
- перчатки;
- емкость или салфетку с дезинфицирующим раствором.

#### Последовательность действий:

1. Проверьте исправность ростомера;
2. На площадку ростомера постелите салфетку;
3. Планку ростомера поднимите вверх и предложите пациенту встать на площадку ростомера спиной к шкале так, чтобы его затылок, лопатки, ягодицы и пятки плотно прилегали к ней;
4. Голова должна быть в таком положении, чтобы верхний край наружного слухового прохода и углы глаз были на одной горизонтальной линии;
5. Опустите планку на темя пациенту и отметьте длину его тела по нижнему краю планки;
6. Полученные данные запишите в лист наблюдения;
7. Наденьте перчатки и замочите пеленку в дезинфицирующем растворе.

### 3. Подсчет числа дыхательных движений.

#### Показания:

1. Оценка физического состояния пациента.
2. Заболевания органов дыхания.
3. Назначение врача и др.

#### Противопоказания: Нет.

#### Оснащение.

1. Часы с секундной стрелкой или секундомер.
2. Ручка.
3. Температурный лист.

#### Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

- 1) взять часы с секундной стрелкой или секундомер;
- 2) выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками;
- 3) психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;
- 4) попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать;
- 5) положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;
- 6) подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;
- 7) обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;
- 8) зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.

#### Примечания:

1. В норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени). Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин. Во время сна дыхание обычно становится реже (до 14 - 16 уд в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении.

2. Учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД - брадипноэ; апноэ - отсутствие дыхания.

3. Типы дыхания: грудное - у женщин, брюшное - у мужчин, смешанное - у детей.

4. Проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запишите тип дыхания.

### 4. Транспортировка больного на кресле-каталке, носилках-каталке, вручную (на носилках).

Показания: Состояние пациента.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды: Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем)

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.

2. Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте ее исправность, продезинфицируйте.

3. Постелите в каталку одеяло с простыней. Подушку (при необходимости - клеенку).

4. Поставьте каталку ножным концом под углом к головному концу Кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации,

5. Приподнимите пациента: один медработник подводит руки под шею пациента и туловище, другой - под поясницу и бедра.

6. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону каталки или носилок и уложите его.

7. Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.

8. Встаньте: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту.

9. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.

10. Поставьте каталку к кровати, в зависимости от площади палаты.

11. Снимите одеяло с кровати.

12. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику.

13. Проздезинфицируйте каталку в соответствии с инструкцией к дезсредству.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Подготовьте кресло-каталку к транспортировке, проверьте ее исправность.

3. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног

4. Попросите пациента встать спиной к креслу на подставку для ног и, поддерживая, усадите его в кресло.

5. Опустите кресло каталку в исходное положение, прикройте одеялом.

6. Транспортируйте пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла- каталки.

7. Обработайте кресло-каталку в соответствии с действующими приказами.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Примечания:

1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.
2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.
3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.
4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

Пациента, находящегося в бессознательном состоянии дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала.

В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее 4-х человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться.

При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра - анестезистка.

Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела.

### 5. Смена нательного и постельного белья тяжелобольному.

Показания: определяет врач. Противопоказания: определяет врач. Сменить белье пациенту можно двумя способами:

- ПОПЕРЕЧНЫМ,
- ПРОДОЛЬНЫМ.

Это зависит от тяжести состояния пациента и его возможности поворачиваться на бок.

ПРИГОТОВЬТЕ:

1. Простыню.
2. Пододеяльник.
3. Две наволочки.
4. Дополнительный халат.
5. Маску.
6. Перчатки.
7. Фартук.

ПОПЕРЕЧНЫЙ СПОСОБ СМЕНЫ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ может быть использован в том случае, когда пациенту не разрешается поворачиваться на бок.

1. Выполните гигиеническую обработку рук, заправьте волосы под колпак, наденьте рабочий халат, фартук, маску и перчатки.
2. Чистую простыню скатайте ВДОЛЬ на 1/2 ее длины.
3. Снимите с пациента одеяло, поменяйте пододеяльник и отложите его на стул рядом с постелью пациента.
4. Поднимите голову пациента и по очереди уберите подушки, смените наволочки и отложите на стул.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

5. Вторая медсестра или санитарка поддерживает голову пациента.  
сначала, начиная с головы пациента, вы убираете простыню и тут же подкладываете заранее приготовленную чистую простыню и подушки.
  3. Постепенно, поднимая пациента с двух сторон, НЕ МЕНЯЯ его положения, замените грязную простыню, тщательно расправьте чистую простыню.
  4. Грязное белье, стараясь не трясти, уложите в клеенчатый мешок с надписью "грязное белье", отдайте его сестре-хозяйке.
  5. Обработайте перчатки в дез. растворе, промойте водой, высушите, снимите фартук, халат, вытрясите колпак, СНИМИТЕ МАСКУ и перчатки, замочите все в дез. растворе.
  6. Переоденьте халат.
- ПРОДОЛЬНЫЙ СПОСОБ СМЕНЫ БЕЛЬЯ (постельного) может быть использован в том случае, когда пациенту разрешается поворачиваться НА БОК.**
- ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ.**
1. Выполните гигиеническую обработку рук, высушите руки, заправьте волосы под колпак, наденьте рабочий халат, фартук, маску и перчатки.
  2. Чистую простыню скатайте ВДОЛЬ на 1/2 ее длины.
  3. Снимите с пациента одеяло, поменяйте пододеяльник и отложите его на стул рядом с постелью пациента.
  4. Поднимите голову пациента и по очереди уберите подушки, смените наволочки и отложите на стул.
  5. Помогите пациенту повернуться на бок, к противоположному, от вас краю кровати.
  6. По направлению к спине пациента скатайте грязную простыню по всей длине и на освободившуюся половину постели расстелите чистую простыню и правильно положите подушки.
  7. Переверните пациента сначала на спину, затем - на бок по направлению к вам, чтобы он оказался на чистой половине постели.
  8. Уберите грязную простыню и тщательно расправьте чистую, чтобы не было складок, заминов.
  9. Укройте пациента, убедитесь, что ему удобно лежать.
  10. Грязное белье, стараясь не трясти, уложите в клеенчатый мешок с надписью "грязное белье", отдайте его сестре-хозяйке.
  11. Обработайте перчатки в дез. растворе, промойте водой, высушите, снимите фартук, халат, вытрясите колпак, снимите маску и перчатки, замочите все в дез. растворе.
  12. Переоденьте халат.
- СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТУ**  
**ПРИГОТОВЬТЕ:**
1. Чистую пижаму или рубашку.
  2. Пакет для грязного белья.
  3. При необходимости - все для проведения частичной сан. обработки пациента.
- ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**
1. Снимите с пациента одеяло.
  2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
  3. Скатайте грязную рубашку быстрым движением от поясицы до спины и затылка, снимите ее через голову, освободите руки.
  4. Снятую рубашку сразу же положите в пакет для грязного белья.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

5. Рукава чистой рубашки перекиньте через голову пациента, быстрым движением расправьте ее, уложите пациента в удобное для него положение, укройте его одеялом.  
**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.**

Если у пациента травма конечности, то сначала снимают белье со здоровой конечности, затем - с поврежденной, а надевают - в начале на поврежденную, а затем - на здоровую.

### 6. Подача судна.

Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно.

Показания: строго постельный и постельный режимы двигательной активности пациента. **ПРИГОТОВЬТЕ:**

1. Ширму (если пациент находится в общей палате).
2. Клеенку с пеленкой или влагоустойчивую пеленку.
3. Судно, лучше - два (может быть резиновым, эмалированным, пластмассовым, фаянсовым).
4. Емкость для воды или асептического раствора.
5. Воду или асептический раствор, 1° - 40°С (с учетом теплоотдачи).
6. Фартук.
7. Маску.
8. Перчатки.
9. Все необходимое для туалета мочеполовых органов.

Манипуляция может проводиться 1,2,3,4 медицинскими работниками. Это зависит от:  
- тяжести состояния пациента,  
- массы пациента.

Медсестра может выполнять манипуляцию как по просьбе пациента, так и по назначению врача, в связи с туалетом мочеполовых органов для выполнения другой манипуляции (катетеризации мочевого пузыря и др.), после проведения очистительных клизм в постели пациента.

**ПОДГОТОВЬТЕ ПАЦИЕНТА:**

- психологически, успокойте, создайте условия для полного расслабления,
- обязательно отгородите ширмой.

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Наденьте фартук, маску.
2. Выполните гигиеническую обработку рук.
3. Обязательно наденьте перчатки.

Если в этом есть необходимость, пригласите помощников, объясните им их действия. Заранее положите клеенку, пеленку и на них поставьте судно!

4. Поднимите рубашку до уровня лопаток, с двух сторон поднимите пациента левой, а помощник

- правой, руками, подведенными под крестцовую область пациента, предварительно согните ноги пациента в коленных суставах.

5. **ПРАВОЙ** рукой одновременно подведите клеенку с пеленкой и судно, при этом обратите внимание, что большая часть пеленки должна быть у спины пациента!



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

6. Удобно уложите пациента на широкую часть судна крестцовой областью так, чтобы промежность пациента находилась над судном (ручка судна должна находиться между ног пациента).

7. Большую часть пеленки сверните в виде жгута и положите на границе судна и спины так, чтобы предотвратить затекание жидкостей на спину, в силу того, что широкая часть судна даже на жесткой постели прогибается.

**ВНИМАНИЕ!**

Если пациент мужчина, то дополнительно вы должны подать и мочеприемник, так как при мочеиспускании он может замочить и простыню, и одеяло даже при вялой струе.

8. Накройте пациента и находитесь неподалеку.

9. По окончании акта дефекации (выделение кала из прямой кишки) и мочевыделения, если имеются два судна, то поменяйте одно на другое в том же порядке, как подводили. если же судно одно, то /берите его из-под пациента, отдайте помощнику или, если его нет, поставьте на прикроватную табуреточку (для индивидуального судна пациента).

10. Расправьте под пациентом пеленку и уложите его на нее. вынесите судно, вылейте в унитаз, сполосните, высушите его наружную поверхность и опять подведите под пациента, предварительно накрыв чистой частью пеленки ту часть, на которой лежал пациент, чтобы дно судна не испачкать остатками каловых масс на пеленке.

11. **ПРОВЕДИТЕ** тщательный туалет мочеполовых органов. уберите судно! пеленку! одновременно!

12. Проверьте, нет ли затеков на спину, сухая ли постель, заправьте все складки и замины, при необходимости обработайте места, вызывающие у Вас тревогу.

**ВНИМАНИЕ!**

после освобождения судна от каловых масс для проведения туалета мочеполовых органов смените перчатки на стерильные!

13. Укройте пациента, убедитесь, что ему удобно лежать и у него ют к Вам никаких просьб.

14. **ОТКРОЙТЕ** форточку или окно (зависит от времени года и внешней температуры воздуха).

15. **ВЫНЕСИТЕ** судно, освободите его и проведите обеззараживание, замочите весь использованный материал в дез. растворе согласно инструкции.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.**

Перед подачей судна пациенту **ОБЯЗАТЕЛЬНО** налейте на дно небольшое количество воды для:

- уменьшения запаха при акте дефекации,
- более легкого отхождения каловых масс от судна.

### 7. Подмывание больного.

Показания: состояние пациента тяжелое или средней тяжести, строго постельный или постельный режимы двигательной активности пациента.

**ПРИГОТОВЬТЕ:**

1. Наденьте фартук, маску.
2. Выполните гигиеническую обработку рук.
3. Обязательно наденьте перчатки.

Если в этом есть необходимость, пригласите помощников, объясните им их действия. Заранее положите клеенку, пеленку и на них поставьте судно!



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

4. Поднимите рубашку до уровня лопаток, с двух сторон поднимите пациента левой, а помощник

- правой, руками, подведенными под крестцовую область пациента, предварительно согните ноги пациента в коленных суставах.

5. ПРАВОЙ рукой одновременно подведите клеенку с пеленкой и судно, при этом обратите внимание, что большая часть пеленки должна быть у спины пациента!

6. Удобно уложите пациента на широкую часть судна крестцовой областью так, чтобы промежность пациента находилась над судном (ручка судна должна находиться между ног пациента).

7. Большую часть пеленки сверните в виде жгута и положите на границе судна и спины так, чтобы предотвратить затекание жидкостей на спину, в силу того, что широкая часть судна даже на жесткой постели прогибается.

**ВНИМАНИЕ!**

Если пациент МУЖЧИНА, то дополнительно вы должны подать и мочеприемник, так как при мочеиспускании он может замочить и простыню, и одеяло даже при вялой струе.

8. Накройте пациента и находитесь неподалеку.

9. Емкость со СТЕРИЛЬНЫМ корцангом (индивидуальным для каждого пациента).

10. Стерильный лоток со стерильными салфетками или ватномарлевыми тампонами.

11. Стерильные перчатки.

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Поменяйте перчатки после подачи судна пациенту, вымойте и высушите руки, наденьте новые стерильные перчатки. Если же эта манипуляция проводится самостоятельно перед другой, то полностью приготовьтесь заранее, а перчатки наденьте в палате непосредственно перед проведением туалета мочеполовых органов.

**НЕ ЗАБУДЬТЕ!**

**ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА** - "на спине" с согнутыми в коленях ногами. Уточните у пациента, УДОБНО ЛИ ему лежать.

2. В левую руку возьмите емкость с водой ( $1^{\circ}$  -  $40^{\circ}$ с) или асептическим раствором, а в правую руку - корнцанг с ватно-марлевым средним или большим тампоном (средней или большой салфеткой). они берутся корнцангом таким образом, чтобы большая часть их была выше зажима (см. рис.), это необходимо, чтобы не травмировать кожу пациента

3. Лейте воду (раствор) на салфетку (тампон), чтобы избежать разбрызгивания, емкость держите на достаточно низком уровне и промывайте только в одном направлении - сверху вниз до анального отверстия и обязательно после него сбросьте тампон (салфетку) и возьмите новый.

сначала промойте паховые складки в направлении только сверху вниз к анальному отверстию, смените салфетку (тампон), затем промойте лобок и большие половые губы в направлении только сверху вниз, к анальному отверстию. смените тампон (салфетку), потом промойте складочку между большими и малыми половыми губами и малые половые губы, к анальному отверстию. смените тампон (салфетку).

В последнюю очередь промойте складочку между клитором, вход во влагалище.

**ПОМНИТЕ!**



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

ЕСЛИ ВХОД во влагалище ЗИЯЕТ, то перед началом подмывания или спринцевания его ТАМПонируют, (так же действуют в период "месячных"), затем выводят тампон и промывают влагалище и промежность, к анальному отверстию.

Высушивают в той же последовательности, обращая внимание на крестцовую область.

### ТУАЛЕТ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

#### ПОРЯДОК ПОДМЫВАНИЯ:

1,2- паховые складки, до анального отверстия, салфетку - в судно.

3, 4 - лобок и большие половые губы, до анального отверстия, салфетку - в судно.

5, 6 - складочку между большими и малыми половыми губами, до анального отверстия, салфетку - в судно.

7, 8 - влагалище и промежность, до анального отверстия, салфетку - в судно.

ВЫСУШИВАЮТ в той же последовательности. У мужчин последовательность сохраняется, только при обработке полового члена необходимо взять его в левую руку, слегка потянуть на себя крайнюю плоть, тем самым освободить головку, смочить в растворе салфетку (тампон) и промыть ее, меняя салфетки. у женщин во время "месячных" влагалище перед подмыванием тампонируется и используется асептический раствор, в конце подмывания тампон выводится и промываются влагалище с промежностью, затем влагалище опять тампонируется.

## 8. Осмотр и проведение туалета полости рта.

Показания:

1. Тяжёлое состояние пациента.
2. Невозможность самохода.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

1. Антисептический раствор (раствор фурациллина 1:5000, перманганата калия 1:10000)
2. Шпатели.
3. Глицерин.
4. Стерильные марлевые салфетки.
5. Кипяченая теплая вода.
6. Емкость 100-200 мл.
7. Два почкообразных лотка.
8. Резиновый баллон.
9. Полотенце.
10. Стерильные палочки с ватными тампонами.

Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к вмешательству.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки.
3. Приподнимите голову пациента.
4. Накройте грудь пациента полотенцем.
5. Подставьте почкообразный лоток.
6. Налейте в емкость антисептический раствор.
7. Отведите шпателем щеку пациента.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

8. Смочите антисептическим раствором ватный тампон и обработайте зубы с одной и с другой стороны, меняя тампоны.
  9. Оберните шпатель стерильной марлевой салфеткой, смочите ее антисептическим раствором.
  10. Возьмите левой рукой стерильной марлевой салфеткой кончик языка пациента и выведите его изо рта.
  11. Снимите шпателем налет с языка в направлении от корня к кончику.
  12. Отпустите язык.
  13. Наберите в резиновый баллон теплой кипяченой воды,
  14. Поверните голову пациента набок.
  15. Отведите угол рта шпателем.
  16. Оросите рот пациента из баллона теплой водой и попросите сплюнуть.
  17. Повторите процедуру с противоположной стороны.
  18. Смажьте трещины на языке и губах глицерином.
  19. Обработайте емкость, резиновый баллон и отработанный материал в соответствии с действующими нормативными документами по санитарно-эпидемиологическому режиму.
- Оценка достигнутых результатов. Полость рта чистая. Трещины смазаны.

### 9. Осмотр и проведение туалета глаз.

Показания:

1. Тяжелое состояние больного.
2. Выделение из глаз склеивающее ресницы.
3. Невозможность самоухода.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Шесть стерильных марлевых тампонов.
2. Мензурка.
3. Лоток, перчатки.
4. Кипяченая вода (раствор фурациллина 1:5000).

Возможные проблемы пациента: Негативней настрой к вмешательству и др.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды/:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки.
3. Налейте кипяченую воду в мензурку.
4. Смочите стерильные марлевые тампоны, излишки отожмите о край мензурки.
5. Протрите глаза однократно, в одном направлении от наружного края к внутреннему (каждый глаз отдельным тампоном).
6. Сбросьте эти тампоны.
7. Повторите действия при необходимости.
8. Возьмите сухой стерильный тампон и протрите глаза в той же последовательности, меняя тампон для каждого глаза.
9. Промойте глаза антисептическим раствором при наличии белых выделений в углах глаз.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

10. Обработайте мензурку, пипетку и отработанный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов. Утренний туалет глаз произведен.

### 10. Осмотр и проведение туалета ушей.

Показания: Невозможность самообслуживания.

Противопоказания: Нет.

Возможные осложнения: При пользовании жесткими предметами повреждение барабанной перепонки или наружного слухового прохода.

Оснащение:

1. Стерильные ватные турунды.
2. Пипетка.
3. Мензурка.
4. Кипяченая вода.
5. 3% раствор перекиси водорода.
6. Дезинфицирующие растворы.
7. Емкости для дезинфекции.
8. Полотенце.

Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к вмешательству и др.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды/:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук.
3. Наденьте перчатки.
4. Налейте кипяченую воду в мензурку,
5. Смочите ватные турунды.
6. Наклоните голову пациента в противоположную сторону.
7. Оттяните левой рукой ушную раковину вверх и назад.
8. Извлеките серу ватной турундой вращательными движениями.
9. Обработайте мензурку и отработанный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Вымойте руки.

Оценка достигнутого. Ушная раковина чистая, наружный слуховой проход свободен.

Примечания. При наличии небольшой серной пробки закапайте по назначению врача в ухо несколько капель 3% раствора перекиси водорода. Через несколько минут удалите пробку сухой турундой. Не пользуйтесь жесткими предметами для удаления серы из ушей.

### 11. Осмотр и проведение туалета носа.

Показания:

1. Тяжелое состояние пациента.
2. Невозможность самохода.

Противопоказания: нет.

Оснащение.

Стерильные ватные турунды.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

2. Мензурка.

3. Прокипяченное растительное масло.

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей со еды:

При наличии корочек:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки.
3. Налейте в мензурку масло.
4. Смочите ватную турунду и отожмите о край мензурки.
5. Запрокиньте слегка назад голову пациента.
6. Поднимите кончик носа пациента левой рукой.
7. Введите правой рукой вращательными движениями смоченную масляным раствором ватную турунду в носовой ход.
8. Оставьте её на 2-3 минуты для, размягчения корочек.
9. Удалите ватную турунду вращательными движениями.
10. Обработайте мензурку и отработанный материал в соответствии с действующими нормативными документами по санитарно-эпидемиологическому режиму.

При наличии слизи:

1. Предложите пациенту высморкаться, последовательно зажимая правую и левую ноздрю.

Оценка достигнутых результатов: Носовые ходы чистые от корочек, слизи.

## 12. Измерение температуры тела и регистрация данных измерения в температурном листе, виды температурных кривых.

Показания:

1. Наблюдение за показателями температуры в течение суток.
2. При изменении состояния пациента.

Противопоказания: Нет.

Оснащение.

1. Медицинские термометры.
2. Температурный лист.
3. Емкости для хранения чистых термометров со слоем ваты на дне.
4. Емкости для дезинфекции термометров.
5. Дезинфицирующий раствор
6. Часы.
7. Полотенце.
8. Марлевые салфетки.

Возможные проблемы пациента:

1. Негативный настрой к вмешательству.
2. Воспалительные процессы в подмышечной впадине.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Измерение температуры тела в подмышечной впадине.

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите чистый термометр, проверьте его целостность
3. Встряхните термометр до 1 <35 градусов Цельсия.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

4. Осмотрите и вытрите область подмышечной впадины пациента сухой салфеткой.
5. Поставьте термометр в подмышечную впадину и попросите пациента прижать его рукой.
6. Измеряйте температуру в течение 10 минут.
7. Извлеките термометр, определите температуру тела.
8. Зарегистрируйте результаты температуры сначала в общем температурном листе, а затем в температурном листе истории болезни.
9. Обработайте термометр в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Вымойте руки
11. Храните термометры в сухом виде в емкости для чистых термометров.

Измерение температуры тела в ротовой полости.

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите чистый медицинский термометр, проверьте его целостность.
3. Встряхните термометр до 1 <35 градусов Цельсия.
4. Поставьте термометр под язык пациента на 5 минут (пациент губами удерживает корпус термометра).
5. Извлеките термометр, определите температуру тела.
6. Зарегистрируйте полученные результаты сначала в общем температурном листе, затем в температурном листе истории болезни.
7. Обработайте термометр в соответствии с требованиями санэпидрежима.
8. Вымойте руки.
9. Храните термометры в чистом и сухом виде в специальной емкости для измерения температуры в ротовой полости.

Оценка достигнутых результатов. Температура тела измерена (разными способами) и зарегистрирована в температурных листах.

Примечание.

1. Не измеряйте температуру у спящих пациентов.
2. Температуру измеряют, как правило, два раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19). По назначению врача температура может измеряться через каждые 2-3 часа.

Ректальное измерение температуры

**ПРИГОТОВЬТЕ:**

- перчатки;
- ректальный термометр (ртутный резервуар - зеленый);
- стерильный вазелин;
- стерильный напальчник;
- шпатель;
- маркированную емкость для дезинфекции термометров.

**ПОДГОТОВЬТЕ ПАЦИЕНТА:**

- психологически;
- объясните его поведение при проведении этой манипуляции;
- осмотрите место введения ректального термометра на предмет выявления местных воспалительных проявлений.

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки.
2. Предложите пациенту лечь на левый бок (при невозможности лечь на бок можно измерять ректальную температуру в положении пациента лежа на спине).



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

3. Предложите пациенту согнуть ноги в коленных суставах и прижать к животу.
4. Наденьте на указательный или средний палец (в перчатке!) напальчник, опустите его в стерильный, лучше жидкий, вазелин.
5. 4-мя пальцами левой руки разведите ягодичы пациента и смажьте вазелином анальное отверстие, не очень обильно, только для облегчения введения ректального термометра.
6. Снимите напальчник и положите в емкость для использованного материала.
7. 4-мя пальцами левой руки раздвиньте ягодичы пациента и правой рукой введите ректальный термометр узкой частью в прямую кишку на ПОЛОВИНУ его длины, прижмите ягодичы друг к другу.
8. Через 10 минут выньте ректальный термометр, отметьте в памяти полученный результат.
9. Термометр замочите в одном из дезинфицирующих растворов:
  - в 2% растворе хлорамина - экспозиция 5 минут;
  - в 0,5% растворе хлорамина - экспозиция 30 минут;
  - в 3% растворе перекиси водорода - экспозиция 80 минут.
10. Промойте термометр в моющем растворе, сполосните проточной водой, высушите (храните в сухом виде, в футляре, ртутным концом вниз).
11. Обработайте перчатки в одном из дезинфицирующих растворов, снимите и замочите в дез. растворе.
12. вымойте руки, высушите, вотрите смягчающий крем.
13. Полученный результат внесите в:
  - карту наблюдения за пациентом, в виде кривой, начерченной синим карандашом или пастой;
  - в общий температурный лист, для стола справок, арабскими цифрами.

### 13. Постановка горчичников.

Показания по назначению врача.

Противопоказания:

- гнойные заболевания кожи,
- гипертермия.

1. Подготовка к процедуре:

- 1.1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии - обратиться к врачу.
- 1.2. Выполнить гигиеническую обработку рук.
- 1.3. Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.
- 1.4. Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40-45°) воду.
- 1.5. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.

2. Выполнение процедуры:

- 2.1. Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.
- 2.2. Плотнo приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.
- 2.3. Повторить пп.2.1.-2.2., размещая нужное количество горчичников на коже.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

- 2.4. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.
  - 2.5. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 минут
  - 2.6. Оставить горчичники на 10-15 минут, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.
  3. Окончание процедуры:
    - 3.1. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 минут) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.
    - 3.2. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.
    - 3.3. Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 минут и в этот день не принимал ванну или душ.
    - 3.4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
    - 3.5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожог кожи с образованием пузырей.
- Оценка
- Гиперемия кожи, чувство жжения - Процедура выполнена правильно
- Отсутствие покраснения, нет чувства жжения - Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут
- Признаки химического ожога (появление на коже пузырей) - Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников

### 14. Постановка банок.

Показания по назначению врача.

Противопоказания:

- гнойные заболевания кожи,
- гипертермия.

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.
2. Убедиться в целостности краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента
3. Выполнить гигиеническую обработку рук.
4. Отрегулировать высоту кровати.
5. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.
6. Длинные волосы пациента (ки) прикрыть пеленкой.
7. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.

II. Выполнение процедуры.

8. Нанести на кожу тонкий слой вазелина.
9. Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

10. Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.
  11. Зажечь фитиль
  12. Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.
  13. Удерживать фитиль в полости банки 2-3 сек, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.
  14. Повторить этапы 12-13 необходимое, по числу банок, количество раз.
  15. Потушить фитиль, погрузив его в воду.
  16. Накрывать поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.
  17. Через 3-5 минут проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок - снять их и установить повторно.
  18. Выдержать экспозицию 15-20 мин.
  19. По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).
  20. Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.
- III. Окончание процедуры.
21. Помочь пациенту одеться.
  22. Банки вымыть теплой водой и уложить в ящик.
  23. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
  24. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики
- Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желез у женщин.
- В практике рефлексотерапии допустима постановка банок на иные зоны тела, с соблюдением общих противопоказаний. Во всех случаях банки должны ставиться на области с выраженным подкожно-жировым и/или мышечным слоем.
- В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных способов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента.
- Альтернативными способами постановки банок являются использование:
1. Силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разрежение до 0.5 бар. При этом этапы 10-15 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом:
    - сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости.
    - приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента.
    - отпустить корпус банки.
  2. Метод аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии производится в соответствии с инструкцией производителя.
- Достижимые результаты и их оценка



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Снижение давления на участке кожи существенно изменяет нормальное соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих кровеносных и лимфатических сосудах, что приводит к нарастанию конвекционного потока жидкости и двустороннего обмена веществ в зоне микроциркуляции. Нарастание концентрационных градиентов кислорода и диоксида углерода приводит к нарастанию скорости их транскапиллярной диффузии и повышает интенсивность метаболизма подлежащих тканей. Увеличение проницаемости эндотелия поверхностного сосудистого сплетения дермы, приводит к увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей.

Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма.

Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения.
- Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры
- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

### 15. Постановка местного согревающего компресса.

Показания по назначению врача.

Противопоказания:

- гнойные заболевания кожи,
- гипертермия.

ПРИГОТОВЬТЕ:

- салфетку (льняную - 4 слоя или марлевую - 6-8 слоев),
- вощеную бумагу (полиэтилен - ни в коем случае),
- вату,
- бинт (можно эластичный),
- почкообразный лоток,
- раствор: этиловый спирт 40-45% или водку, воду 20-25°С.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:

1. Психологическая.
2. Объясните смысл манипуляции и правила поведения пациента.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Приготовьте первый слой компресса (салфетку) так, чтобы его размеры были на 3 см больше места заболевания.
2. Каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 3 см.
3. Салфетку смочите в растворе и хорошо отожмите.
4. Положите ее на нужный участок тела (если это ухо - вырезать по размеру уха отверстие).



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

5. Вторым слоем наложите вощеную (компрессную) бумагу (если на ухо, то вырезать отверстие).
6. Поверх бумаги положите слой ваты, который должен полностью закрыть два предыдущих слоя.
7. Бинтом закрепите компресс так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений пациента.
8. Уточните у пациента его ощущения через некоторое время.
9. Оставьте компресс на 8-10 часов, а спиртовой - на 4-6 часов (лучше их ставить на ночь).
10. Через 2-3 часа проверьте правильность постановки компресса, подведите палец под первый слой компресса, если он влажный, теплый, то компресс поставлен правильно, если сухой, то компресс необходимо поставить заново.
11. После снятия компресса наложите сухую теплую повязку, используя вату и бинт.

### 16. Постановка холодного компресса.

Показания по назначению врача.

Противопоказания:

- гнойные заболевания кожи.

ПРИГОТОВЬТЕ:

- 2 салфетки (льняную - 4 слоя или марлевую - 6-8 слоев),
- почкообразный лоток,
- холодная вода 14-16°C,
- кусочки льда.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:

1. Психологическая.
2. Объясните смысл манипуляции и правила поведения пациента.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Приготовьте салфетки так, чтобы их размеры были на 3 см больше места заболевания.
2. Налейте воду в лоток и положите в него несколько кусочков льда.
3. Салфетки смочите в растворе. Одну салфетку отожмите так, чтобы вода не капала.
4. Положите 1 салфетку на нужный участок тела.
5. Через 2-3 минуты замените салфетку.
6. По мере таяния докладывайте кусочки льда.
7. Уточните у пациента его ощущения через некоторое время.
8. Проводите замену салфеток до уменьшения гиперемии (покраснения) или снижения болевых ощущений.
9. После снятия салфетки, при необходимости, наложите сухую повязку, используя бинт

### 17. Приготовление и подача грелки больному.

Показания: назначение врача.

Противопоказания:

- кровотечения различного происхождения;
- острые воспалительные процессы любой локализации;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- злокачественные новообразования;
- повреждения кожи;
- ушибы (первые сутки);
- инфицированные раны.

ПРИГОТОВЬТЕ:

- грелку;
- воду ( $1^{\circ} 65^{\circ}\text{C}$ );
- полотенце или чехол для грелки;
- водный термометр.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:

- психологическая;
- объясните пациенту, как пользоваться грелкой и когда ее можно снять.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. При длительном применении грелки во избежание ожога на кожу наносят вазелин или другой жирный крем (в перчатках).
2. Проверьте грелку на герметичность.
3. Заполните ее водой на  $2/3$  объема, держите за узкую часть горловины.
4. Вытесните из грелки пар над раковиной, перегнув от себя узкую часть грелки, и в таком положении закрутите пробку.
5. Переверните грелку горловиной вниз, проверьте ее герметичность.
6. Оботрите полотенцем, наденьте на нее чехол или оберните сухим полотенцем и приложите к нужному участку тела.
7. Через 5 минут проверьте, нет ли у пациента перегрева кожи (симптом "мраморной кожи" или яркая гиперемия).
8. Уберите грелку после того, как она остынет.
9. Вылейте воду, закрутите пробку и погрузите грелку и полотенце в дез. раствор не менее, чем на 60 минут.

Дополнительная информация. Грелка хранится в сухом виде с открытой крышкой

### 18. Приготовление и подача пузыря со льдом больному.

Показания определяет врач:

- острые воспалительные процессы;
- кровотечения;
- гипертермия;
- ушибы в первые часы;
- при укусах насекомых;
- после абортов;
- послеоперационный период.

Противопоказания: переохлаждение организма (определяет врач).

ПРИГОТОВЬТЕ:

1. Пузырь со льдом.
2. Куски льда.
3. Полотенце или пеленку.
4. Лоток.
5. Деревянный молоток.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- психологическая;

- объясните пациенту суть манипуляции и как ему вести себя при ее выполнении'  
**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Возьмите пузырь для льда и проверьте его герметичность.
  2. Отвинтите крышку.
  3. Кусочки льда поместите в полотенце, а затем в лоток.
  4. Деревянным молотком измельчите лед.
  5. Полученными кусочками льда заполните пузырь для льда на 2/3 объема.
  6. Долейте водой, прижмите пузырь к горизонтальной поверхности и в таком положении завинтите крышку, переверните пузырь и проверьте его герметичность.
  7. Оботрите насухо, сверните полотенце в 4 слоя и оберните им пузырь.
  8. Усадите или уложите пациента в удобном положении и приложите пузырь на нужный участок тела.
  9. Оставьте его на 10-15 минут, при необходимости его использовать в течение длительного времени сделайте перерыв в 30-40 минут, а затем повторите процедуру.
  10. По окончании использования снимите пузырь, вылейте из него воду, вытесните воздух, завинтите крышку и замочите его и полотенце не менее, чем на 60 минут.
- Дополнительная информация. Храните пузырь в сухом виде с открытой крышкой.

### 19. Наложение жгута на плечо.

Наложение жгута и жгута-закрутки

Метод применяется в основном при повреждении крупных сосудов конечностей, в первую очередь — артерий. Абсолютными показаниями для наложения жгута являются артериальные кровотечения при повреждениях верхних конечностей — от плечевого до локтевого сустава, нижних конечностей — от тазобедренного до коленного сустава.

До наложения жгута провести пальцевое прижатие кровоточащего сосуда.

Правила наложения жгута

1. Перед наложением жгута конечность необходимо приподнять.
2. Жгут накладывают при артериальном кровотечении выше раны, при венозном - ниже раны.

Надежная остановка артериальных кровотечений из сосудов конечностей достигается наложением жгута:

- при кровотечении из артерий верхней конечности — в верхней трети плеча;
- при кровотечении из артерий нижней конечности — в средней трети бедра.

Однако при этом обескровливаются большие участки тканей, что нежелательно. Поэтому более рациональной является рекомендация по наложению жгута возможно ближе к ране.

3. На место предполагаемого наложения накладывается мягкая прокладка.
4. Жгут растягивается и в таком положении накладывается на приподнятую конечность, причем каждый последующий виток ложится рядом с предыдущим должен быть слабее предшествующего; концы жгута закрепляются.
5. Жгут нельзя закрывать повязкой, замок должен быть расположен спереди и легко доступен.
6. Под жгут нужно положить записку с указанием даты и времени его наложения.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Максимальное время, на которое может быть наложен жгут: летом - не более 2 часов, зимой - не более 1 часа. По истечении указанного времени жгут ослабить на 10-15 минут. Прежде чем ослабить жгут, необходимо произвести пальцевое прижатие сосуда выше раны. В дальнейшем жгут ослабляют каждые 30-40 минут для частичного восстановления кровообращения.

**ВНИМАНИЕ!**

Следует избегать наложения жгута в средней трети плеча (из-за опасности повреждения лучевого нерва), в области запястья и нижней трети голени (не всегда останавливает кровотечение).

При кровотечении из раны, расположенной в верхней трети плеча и бедра, жгут накладывается в виде «восьмерки». Начинают наложение 2-3 турами на верхней трети конечности, а затем жгут ведут по туловищу, где и закрепляют.

Признаки правильного наложения жгута:

1. кровотечение прекращается;
2. пульс на периферической артерии не определяется;
3. кожные покровы бледнеют.

Ошибки при наложении жгута:

1. наложение жгута без показаний (кровотечение можно остановить другим способом);
2. слабое перетягивание жгутом - усиливает кровотечение;
3. сильное перетягивание жгутом - может вызвать повреждение крупных нервных стволов (развитие параличей) или омертвление тканей;
4. наложение жгута без мягкой прокладки и без записки.

### 20. Оказание первой доврачебной помощи при внезапной одышке.

При одышке человек ощущает нехватку воздуха, дышит тяжело и часто. У здорового человека одышка может возникать при большой физической нагрузке.

Как клинический симптом при ряде заболеваний одышка имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

Различают инспираторную одышку— это дыхание с затрудненным вдохом; экспираторную— дыхание с затрудненным выдохом; смешанную— дыхание с затрудненным вдохом и выдохом. Наблюдайте:

- когда возникает одышка, как быстро развивается;
- какую позу занимает больной во время приступа одышки;
- сопровождает ли одышку кашель, хрипы, боль в груди;
- какой цвет лица у подопечного (кожа может приобретать синеватую или серую окраску - цианоз);
- какова частота дыхания, не переходит ли одышка в удушье.

Быстро развивающаяся одышка называется удушьем.

При возникновении у больного острого приступа одышки необходимо срочно вызвать бригаду "Скорой помощи" и принять срочные меры для облегчения дыхания:

1. ограничьте физическую активность подопечного;
2. при тяжелой одышке усадите больного в кресло или на кровати;
3. придайте пациенту возвышенное (сидячее) положение, подложив подголовник или несколько подушек под спину или приподняв верхнюю часть функциональной кровати;
4. успокойте больного и объясните ему, что после того, как начнется лечение, одышка уменьшится;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

5. постарайтесь переключить внимание подопечного;
  6. освободите больного от тяжелого одеяла и стесняющей одежды;
  7. обеспечьте максимальный приток свежего воздуха, открыв форточку или окно;
  8. используйте ингаляции увлажненным кислородом на дому;
  9. проводите контроль частоты, глубины и ритма дыхания.
- После установления диагноза и назначения лечения ухаживающий должен контролировать правильность проводимого лечения.
- Если одышка носит хронический характер и связана с хроническим бронхитом или эмфиземой легких:
- курильщикам необходимо бросить курить;
  - больше бывать на свежем воздухе, избегать пыли, дыма, резких запахов;
  - больше отдыхать;
  - остерегаться простуды и гриппа;
  - пройти курс обучения дыхательной гимнастики и специальных упражнений у врача лечебной физкультуры;
  - пройти курс физиотерапии у врача физиотерапевта;
  - по назначению врача, держать дома антибактериальные препараты широкого спектра действия и, в случае присоединения инфекции, начинать как можно раньше их прием.
- Если одышка связана с аллергическими заболеваниями легких, например, бронхиальной астмой:
- необходимо предотвращать контакт больного с аллергеном;
  - обеспечить его ингалятором с тем препаратом, который до приступа назначил ему врач;
  - при затрудненном отделении мокроты применять имеющиеся отхаркивающие средства.

### 21. Сбор мокроты для лабораторных исследований (общий анализ, посев).

Показания: При заболеваниях дыхательной системы.

Противопоказания: Определяет врач.

Оснащение:

1. Чистая сухая стеклянная банка.
2. Бланк-направление в клиническую лабораторию.
3. Аптечная резинка.
4. Перчатки.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
  2. Выполните гигиеническую обработку рук
  3. Подготовьте лабораторную посуду.
- Оформите направление, прикрепите к посуде с помощью аптечной резинки.
5. Утром натощак покажите пациента прополоскать рот и зев питьевой водой.
  6. Оденьте перчатки, возьмите банку.
  7. Предложите пациенту глубоко подышать, откашляться и сплюнуть мокроту в банку, не касаясь краев, всего 3-5 мл.
  8. Доставьте посуду с собранной мокротой в клиническую лабораторию для исследования.
  9. Полученный результат подклейте в историю болезни.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Оценка достигнутых результатов: Мокрота собрана в количестве 3-5 мл и доставлена в лабораторию.

### ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Оснащение:

1. Стерильная емкость с крышкой (банка с крышкой или чашка Петри).
2. Направление в бактериологическую лабораторию.
3. Аптечная резинка.
4. Перчатки.

Возможные проблемы пациента:

1. Психологические (повышенный рвотный рефлекс и брезгливое отношение к данному вмешательству).
2. Затруднения при кашле.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук
3. Возьмите в баклаборатории стерильную посуду.
4. Предложите натошак пациенту почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой или раствором фурациллина (0,02%).
5. Оформите направление.
6. Оденьте перчатки.
7. Снимите аккуратно крышку со стерильной емкости.
8. Предложите пациенту сделать 2-3 глубоких вдоха, покашлять и сделать 2-3 плевка мокроты в емкость так, чтобы рот его не касался краев емкости.
9. Закройте аккуратно крышку.
10. Прикрепите аптечной резинкой направление, снимите перчатки, вымойте руки.
11. Отнесите собранный материал в баклабораторию, вымойте руки.
12. Подклейте полученный результат в историю болезни.

Оценка достигнутых результатов. Мокрота собрана в достаточном количестве в течение часа и

доставлена в баклабораторию. Результат анализа получен.

Примечания:

1. При обучении пациента и родственников попросите их продемонстрировать вам последовательность действий.
2. Мокроту доставить в лабораторию необходимо сразу или при условии хранения в холодильнике при температуре +4 градуса Цельсия в первые 2 часа.

### 22. Оказание первой доврачебной помощи при кровохарканье и легочном кровотечении.

Показания: При заболеваниях дыхательной системы.

Противопоказания: Определяет врач.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Больному необходимо обеспечить полный физический покой.
3. Необходимо усадить больного в кровати в полусидячем положении с наклоном в пораженную сторону для того, чтобы избежать попадания крови в здоровое легкое.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

4. На пораженную половину грудной клетки кладут пузырь со льдом. Больному дают проглатывать небольшие кусочки льда, что приводит к рефлекторному спазму и уменьшению кровенаполнения кровеносных сосудов легких.
5. Кровохарканье, а тем более, легочное кровотечение сопровождается бурной эмоциональной реакцией страха, как самого больного, так и его близких, особенно, если оно возникло впервые. В связи с этим необходимо постараться успокоить больного и его близких, вселив уверенность в отсутствии реальной опасности для жизни.
6. Для уменьшения эмоциональной реакции со стороны больного и его близких рекомендуется использование постельного и нательного белья, а также платков и полотенца не белого, а темных цветов, например, зеленого, на которых кровь не так заметна и выглядит темными, а не красными пятнами.
7. Если кровохарканье или легочное кровотечение сопровождается кашлем необходимо дать больному по назначению врача противокашлевые средства.
8. Воздействие высокой температуры может спровоцировать усиление кровотечения. Поэтому больной может есть только холодную и полужидкую пищу.
9. Категорически запрещается применение горячей ванны или душа, постановка банок, горчичников, грелок и горячих компрессов на грудную клетку. До осмотра врачом больному нельзя двигаться и разговаривать.

### **23. Умение пользоваться карманным ингалятором, обучение больного пользованию карманным ингалятором.**

Показания: Бронхиальная астма (для улучшения проходимости бронхов).

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.

Оснащение:

1. Ингалятор с лекарственным веществом.
2. Ингалятор без лекарственного вещества.

Возможные проблемы пациента:

1. Страх, перед применением ингалятора или лекарственного вещества.
2. Снижение интеллектуальных возможностей и др.
3. Затрудненный вдох при введении лекарственного вещества через рот.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о пользовании ингалятора.
2. Информировать пациента о лекарственном средстве.
3. Проверьте название и срок годности лекарственного вещества.
4. Выполните гигиеническую обработку рук.
5. Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственных веществ.
6. Усадите пациента.
7. Снимите с мундштука баллончика защитный колпачок.
8. Поверните баллончик с аэрозолем вверх дном.
9. Встряхните баллончик,
10. Сделайте глубокий выдох.
11. Возьмите мундштук баллончика в рот, плотно обхватив его губами.
12. Сделайте глубокий вдох через рот и одновременно нажмите на дно баллончика.
13. Задержите дыхание на 5-10 сек.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

14. Извлеките мундштук изо рта.
15. Сделайте спокойный выдох.
16. Продезинфицируйте мундштук.
17. Предложите пациенту самостоятельно выполнить процедуру с ингалятором, наполненным лекарственным веществом.
18. Закройте ингалятор защитным колпачком.
19. Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Пациент правильно продемонстрировал технику ингаляции с помощью ингаляционного баллончика.

Примечание: Количество ингаляций определяет врач. Если состояние пациента позволяет, то лучше эту процедуру проделать стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее.

### 24. Определение основных характеристик артериального пульса на лучевой артерии.

ПУЛЬС - толчкообразные колебания стенок сосудов, вызванные движением крови, выталкиваемой сердцем.

МЕСТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСА:

- лучевая артерия,
- височная артерия,
- сонная артерия.
- артерия тыльной стороны стопы.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Кистью своей руки охватите область ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО сустава пациента так, чтобы БОЛЬШОЙ палец располагался на ТЫЛЬНОЙ стороне предплечья.
2. Остальными пальцами НА ПЕРЕДНЕЙ поверхности сустава пальпируйте лучевую артерию, прижимая ее к лучевой кости. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
  - пульсовая волна ощущается как расширение артерии;
  - исследование пульса следует начинать на ОБЕИХ руках;
  - при отсутствии разницы пульса в дальнейшем ограничиваются его исследованием на одной руке;
  - у здоровых людей частота пульса СООТВЕТСТВУЕТ частоте сердечных сокращений и равна 60-80 в одну минуту;
  - учащение ЧСС БОЛЕЕ 90 в 1 мин. называется ТАХИКАРДИЕЙ,
  - урежение ЧСС менее 60 в мин. называется БРАДИКАРДИЕЙ;
  - частота пульса равна количеству пульсовых волн, определяемых в течение 1 минуты
  - во время сна происходит урежение числа сердечных сокращений на 10 в 1 минуту;
  - результат подсчета пульса медсестра отмечает графически цветным карандашом (чаще черным или синим) в листе наблюдения за пациентом;
  - повышение температуры тела на 1 градус увеличивает число пульсовых ударов на 10 в 1 мин.;
  - редкий пульс (брадикардия) может наблюдаться у спортсменов и тренированных людей;
  - в норме пульс ритмичный;
  - расстройства сердечного ритма называются АРИТМИЯМИ;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- при аритмиях частота пульса может быть меньше частоты сердечных сокращений. Разница между частотой сердечных сокращений называется ДЕФИЦИТОМ ПУЛЬСА. ЗАПОМНИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛ:

- не следует сильно прижимать артерию, так как под давлением пульсовая волна может исчезнуть;
- не следует пальпировать пульс одним пальцем, поскольку в нем проходит пульсирующая артерия, это может ввести в заблуждение исследующего.

### 25. Измерение артериального давления по методу Короткова.

Показания определяет врач.

Противопоказаний нет.

ПРИГОТОВЬТЕ:

- тонометр;
- стетофонендоскоп.

ПОДГОТОВЬТЕ ПАЦИЕНТА:

- сообщите о манипуляции;
- усадите или уложите его так, чтобы не было напряжения мышц, он должен лежать спокойно, не разговаривать;
- предупредите, что он не должен следить за ходом измерения АД.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Проверьте исправность тонометра и фонендоскопа.
2. Уточните у пациента его "рабочее" давление и его самочувствие в этот момент.
3. Освободите плечо от одежды и наложите манжетку на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы под нее свободно проходили 2 пальца, закрепите ее.
4. Руку пациента максимально разогните в локтевом суставе, ладонью вверх. Чтобы артерии были более доступны, подложите под локоть резиновую подушечку.
5. Найдите в локтевом сгибе плечевую артерию, наденьте фонендоскоп и плотно, но без давления приложите его к артерии (перед этим соедините "грушу" с манжеткой), нагнетайте воздух в нее и в манометр, после фиксации момента исчезновения тонов, нагнетайте воздух в манжету еще на 20 мм рт. ст., затем постепенно снижайте давление воздуха со скоростью 2 мм в сек; при появлении первого тона отметьте в памяти эту цифру.
6. Продолжайте выпускать воздух из манжетки до тех пор, пока тоны не исчезнут, отметьте в памяти и эту цифру.
7. Снимите с руки пациента манжетку, сообщите ему полученные данные, результаты занесите в лист динамического наблюдения за пациентом.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.

«Рабочее» давление - это давление, при котором пациент чувствует себя хорошо, трудоспособен.

Цифра, полученная при появлении первого тона, соответствует систолическому, то есть, максимальному давлению.

Цифра, полученная при исчезновении тонов, соответствует диастолическому, то есть, минимальному давлению.

Разница между максимальным и минимальным давлением называется ПУЛЬСОВЫМ давлением, в норме оно равно 30-40 мм. рт. ст.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

повышение АД выше нормальных цифр (110-140/70-90 мм рт. ст.) называется артериальной гипертензией (синоним артериальной гипертонией).

понижение АД ниже нормальных цифр - гипотония.

Во время измерения АД манжета на плече должен находиться на уровне сердца пациента.

Перед измерением АД необходимо проверить, чтобы стрелка тонометра находилась строго на нулевой отметке. повторно измерять АД можно через 1-2 минуты, предварительно выпустив весь воздух из манжетки!

### 26. Оказание первой доврачебной помощи при рвоте.

Показания: Рвота у пациента.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Емкость для сбора рвотных масс.
2. Полотенце.
3. Фартуки клеенчатые - 2.
4. Перчатки резиновые.
5. стакан с кипяченой водой.
6. Грушевидный баллон.
7. Стерильная баночка с крышкой.
8. Дезинфицирующие растворы.
9. Емкости для дезинфекции.

Возможные проблемы пациента: Беспокойство.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Успокойте пациента.
3. Усадите пациента, если позволяет его состояние.
4. Выполните гигиеническую обработку рук
5. Наденьте на него клеенчатый фартук или повяжите салфетку.
6. Поставьте таз или ведро к ногам пациента.
7. Придерживайте голову пациента, положив ему ладонь на лоб.
8. Дайте пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты.
9. Снимите с пациента клеенчатый фартук или салфетку.
10. Помогите пациенту лечь.
11. Наденьте на себя клеенчатый фартук и перчатки.
12. Уберите емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу.
13. Уберите все на полу, проветрите палату.
14. Снимите фартук и перчатки.
15. Обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оказание помощи пациенту при рвоте, находящемуся в бессознательном состоянии:

Действия:

1. Поверните пациента в постели на бок и зафиксируйте его в этом положении с помощью подушек.
2. Поверните на бок его голову, если не возможно изменить положение.
3. Накройте шею и грудь пациента полотенцем.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

4. Поставьте емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента).
  5. Придерживайте пациента стоя сбоку, одну руку положите на лоб, вторую на плечо пациента, фиксируя его, чтобы он не упал.
  6. Наденьте перчатки и фартук.
  7. Уберите емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав врачу.
  8. Обработайте ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном.
  9. Умойте пациента.
  10. Уложите его удобно и укройте.
  11. Уберите все на полу, проветрите палату.
  12. Снимите фартук, перчатки.
  13. Обработайте их и емкость из-под рвотных масс в соответствии с требованиями санэпидрежима.
  14. Вымойте руки.
- Примечание. При необходимости (по назначению врача) соберите рвотные массы в стерильную баночку, не касаясь внутренней стороны банки для исследования. Выпишите направление и отправьте в лабораторию.

### 27. Сбор мочи для лабораторного исследования.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Банка чистая и сухая, емкостью 200-300 мл.
  2. Этикетка-направление.
  3. Кувшин с водой.
  4. Мыло.
  5. Салфетка или полотенце.
- Если манипуляцию выполняет медицинская сестра:
6. Перчатки.
  7. Тампоны ватные.
  8. Корнцанг или пинцет.
  9. Клеенка.
  10. Судно, мочеприемник.
  11. Дезинфицирующие растворы.
  12. Емкость для дезинфекции.

Выявление возможных проблем, связанных с данным вмешательством:

1. Общая слабость
2. Сниженная интеллектуальная способность.
3. Необоснованный отказ от вмешательства и др.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук.
3. Наденьте перчатки.
4. Подложите клеенку под таз пациента.
5. Подставьте судно под таз пациента.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

6. Проведите тщательный гигиенический туалет наружных половых органов.
7. Придайте пациенту полусидячее положение.
8. Предложите пациенту начать мочиться в судно.
9. Подставьте баночку под струю мочи.
10. Отставьте банку с собранной мочой 150-200 мл в сторону.
11. Уберите судно и клеенку из под пациента, укройте его.
12. Прикрепите этикетку к банке с мочой.
13. Поставьте банку в специальный ящик в санитарной комнате.
14. Снимите перчатки и обработайте их согласно действующими нормативными документами по СЭР, вымойте руки.
15. Проследите за доставкой мочи в лабораторию (не позднее 1 часа после сбора мочи).

### 2-й вариант

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Попросите пациента утром провести гигиенический туалет наружных половых органов.
3. Выполните гигиеническую обработку рук
4. Дайте пациенту чистую, сухую банку.
5. Предложите собрать в банку среднюю порцию 150-200 мл утренней свежесобранной мочи.
6. Прикрепите заполненную этикетку к банке с мочой.
7. Поставьте банку в специальный ящик в санитарной комнате.
8. Проследите за доставкой мочи в лабораторию (не позднее 1 часа после сбора мочи).

### Примечания:

1. За день до исследования пациенту временно отменить мочегонные средства, если он их принимал.
2. У женщин в период менструации мочу для исследования берут катетером (по назначению врача).

## 28. Проведение пробы Зимницкого.

Показания: Определение концентрационной и выделительной функции почек.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.

Оснащение: 8 банок с этикетками.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Выполните гигиеническую обработку рук
3. Приготовьте и дайте пациенту 8 банок. На каждой банке, на этикетке, должен стоять порядковый номер (от 1 до 8 и часы), Ф.И.О. пациента, № палаты.
4. Разбудите пациента в 6 часов утра следующего дня и предложите помочиться в унитаз. Далее пациент должен мочиться в банки с соответствующей маркировкой: 6-9 ч., 9-12 ч., 12-15 ч., 15-18 ч., 18-21 ч., 21-24 ч., 0-3 ч., 3-6 ч.
5. Храните банки с мочой до окончания исследования в прохладном месте.
6. Организуйте доставку мочи в лабораторию.

Оценка достигнутых результатов: Вся выделенная пациентом моча в течении суток собрана в соответствующие банки; все банки доставлены в лабораторию.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.

Примечание.

1. Разбудите пациента ночью в 24 ч. и в 3 ч., и предложите опорожнить мочевой пузырь в соответствующую банку.
2. Предложите пациенту дополнительную емкость, если объем мочеиспускания превысил объем емкости с маркировкой: "Дополнительная моча к порции №".
3. Предложите пациенту оставить банку пустой, если мочеиспускание не состоялось.

### 29. Подготовка трупа к отправке в морг.

Показания: Биологическая смерть, констатируемая врачом и зарегистрированная в карте стационарного больного.

Оснащение:

1. Фанерный щит или каталка.
2. Простыня.
3. Бинт.
4. Перчатки.
5. Этикетка из клеенки.
6. Раствор бриллиантовой зелени или ручка.
7. Мешок для одежды умершего.
8. Ширма.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Выполните гигиеническую обработку рук
2. Поставьте ширму у кровати умершего (если в палате находятся другие пациенты) или увезите умершего в другое помещение.
3. Наденьте перчатки.
4. Уберите подушку из-под головы умершего.
5. Подложите фанерный щит под умершего или переложите его на твердую поверхность.
6. Снимите одежду с умершего.
7. Уложите умершего на спину.
8. Закройте глаза умершему.
9. Подвяжите умершему нижнюю челюсть.
10. Разогните конечности умершему.
11. Накройте умершего простыней.
12. Оставьте умершего на 2 часа в отделении.
13. Перепишите вещи умершего, сложите в мешок для передачи родственникам.
14. Снимите постельные принадлежности с койки умершего, включая матрац, подушки, одеяло, поместите в мешок и отправьте в дезкамеру для дезинфекции.
15. Протрите кровать и тумбочку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
16. Осмотрите умершего через 2 часа и при наличии достоверных признаков смерти (трупное окоченение, трупные пятна, снижение температуры тела), сделайте запись чернилами или раствором бриллиантовой зелени на бедре умершего (ФИО, номер истории болезни, дату, время).



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

17. Перевезите труп на специальной каталке в патологоанатомическое отделение с сопроводительной документацией, заполненной врачом.

18. Снимите перчатки.

19. Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Тело умершего подготовлено к переводу в патологоанатомическое отделение.

### 30. Осмотр с целью выявления педикулеза, проведение санитарной обработки при различных видах педикулеза.

Показания: Профилактика внутрибольничной инфекции.

Противопоказания:

1. Возбуждение пациента.
2. Крайне тяжелое состояние пациента.

Оснащение: 3 укладки:

1. Для медсестры: халат, перчатки, косынка.

Для пациента: пелерина, 2 косынки (х/б, п/э), клеенка.

Для обработки: карбофос 0,15 % раствор (1 мл 50% раствора на 200 мл H<sub>2</sub>O) или др. инсектицидов.

2. Мыло туалетное или шампунь.
3. Гребень.
4. Ножницы.
5. Машинка для стрижки волос.
6. Станок для бритья.
7. Спички.
8. Спиртовка.
9. Таз или противень.
10. Уксус столовый 6 %-9 %.

11. 2 мешка (х/б и клеенчатый).

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Выполните гигиеническую обработку рук
  2. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Осмотрите волосистые части тела пациента.
3. Наденьте второй халат, косынку, перчатки при выявлении педикулеза у пациента.
  4. Усадите пациента на стул или кушетку, покрытую клеенкой,
  5. Наденьте пелерину на пациента.
  6. Обработайте волосы пациента одним из дезинсектантов.
  7. Покройте волосы пациента полиэтиленовой косынкой, а затем обычной на 20 минут.
  8. Промойте волосы пациента теплой водой.
  9. Ополосните волосы пациента 6%-9% раствором уксуса.
  10. Вычешите волосы пациента частым гребнем (над тазом или противнем).
  11. Промойте волосы теплой водой и вытрите их.
  12. Осмотрите волосы на наличие гнид (если обнаружены единичные, то удалите их механически, если их много, то обработайте волосы 9% раствором уксуса и покройте волосы косынкой на 20 минут), затем повторите с 6 пункта.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

13. Соберите белье пациента в один мешков, халат медицинской сестры в другой и отправьте в дезинсекционную камеру.

14. Снимите перчатки и обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.

15. Вымойте руки.

16. Сделайте отметку на титульном листе истории болезни о выявленном педикулезе, (Р(+)) и запишите эпид. номер.

**ЗАПОМНИТЕ!**

В течение месяца необходим 3-КРАТНЫЙ осмотр пациента, через каждые СЕМЬ дней. Те кто проводил обработку, должны принять душ, а вещи сдать на дезобработку.

В настоящее время широкое применение нашли ЛОСЬОНЫ:

"Ниттилон", "Сана", "Перфолон". Они наносятся на 30 минут;

"Чубчик", "Стагифор" - наносятся на 20 минут.

СМЫВАЮТСЯ ОБЫЧНЫМИ ШАМПУНЯМИ, ПОСЛЕ ВЫЧЕСЫВАНИЯ.

### 31. Профилактика пролежней.

Показания: Риск образования пролежней.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Перчатки.

2. Фартук.

3. Мыло.

4. Постельное белье.

5. Подкладной резиновый круг, помещенный в чехол.

6. Ватно-марлевые круги - 5 шт.

7. Раствор камфорного спирта 10 % или 0,5 % раствор нашатырного спирта, или 1%-2 % спиртовой раствор танина.

8. Подушки, наполненные поролоном или губкой.

9. Полотенце.

Возможные проблемы пациента: Невозможность самохода.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Выполните гигиеническую обработку рук.

3. Наденьте перчатки и фартук.

4. Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней.

5. Обмойте эти участки кожи теплой водой утром и вечером и по мере необходимости.

6. Протирайте их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина.

Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж.

7. Следите, чтобы на простыне не было крошек, складок.

8. Меняйте немедленно мокрое или загрязненное белье.

9. Используйте подушки наполненные поролоном или губкой для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватномарлевые круги) или используйте противопролежневый матрац.

10. Снимите перчатки и фартук, обработайте их в



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

соответствии с требованиями санэпидрежима.

1. Вымойте руки.

Оценка ДОСТИГНУТЫХ результатов: У пациента нет пролежней.

### 32. Набор в ШПРИЦ лекарственного раствора из ампулы и флакона.

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ ФЛАКОНА Цель: лечебная.

Оснащение:

- флаконы с антибиотиками;
- ампулы или флаконы с водой для разведения;
- пинцет в стерильной ёмкости;
- стерильный лоток;
- лоток для сброса отходов класса Б
- стерильные одноразовые шприцы;
- иглы для набора лекарств;
- стерильные ватные шарики/салфетки, этиловый спирт 70 % или антисептический раствор;
- лоток для использованного материала.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки
- Проверить срок годности, наименование, дозировку, процентную концентрацию, способ введения лекарственных средств (соответственно листу врачебного назначения)
- Пинцетом или ножницами снять металлический диск с флакона, положить в лоток для использованного материала.
- Взять стерильным пинцетом ватные шарики/салфетки из стерильной упаковки, выложить на стерильный лоток, смачиваем 70 % этиловым спиртом или антисептическим раствором.
- Обработать влажным шариком/салфеткой резиновую пробку флакона и оставить его на пробке.
- Обработать влажным шариком/салфеткой ампулу с растворителем, подпилить, обработать влажным шариком/салфеткой ампулу с растворителем и вскрыть.
- Набрать в шприц из расчета 0,5 мл растворителя на 100 000 ЕД а/б (стандартное разведение).
- Проколоть резиновую пробку флакона с а/б иглой со шприцем и ввести растворитель.
- Отсоединить цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхнуть флакон до полного растворения порошка а/б.
- Вновь присоединяем шприц и набираем необходимую дозу а/б, отсоединяем шприц и надеваем иглу для введения лекарственного средства, вытесняем пузырьки воздуха, надеваем колпачок.
- Кладем шприц в стерильный лоток, влажные шарики/салфетки кладем возле цилиндра.

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ АМПУЛЫ Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: По назначению врача.

Оснащение:

- ампулы с лекарственными средствами;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- шприцы, иглы;
- стерильные ватные шарики/салфетки;
- этиловый спирт 70 % или антисептический раствор;
- стерильный лоток
- лоток для сброса отходов класса Б.

### ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки
- Проверить срок годности, наименование, дозировку, процентную концентрацию, способ введения лекарственных средств (соответственно листу врачебного назначения)
- Вынимаем ампулу и уточняем, нет ли помутнения, сверяем наименование лекарства, дозировку с листом назначения.
- Встряхиваем ампулу так, чтобы раствор оказался в широкой её части, ставим на стол.
- Проводим сборку шприца.
- Берём стерильным пинцетом ватные шарики/салфетки из стерильной упаковки на стерильный лоток, смачиваем их 70 % этиловым спиртом или антисептическим раствором, а затем обрабатывает узкую часть ампулы в направлении от широкой части к узкой.
- Пилочкой надпиливаем узкую часть ампулы, тем же шариком/салфеткой обрабатывает ампулу и отламываем (кладем в лоток для использованного материала). Если на ампуле имеется специальное обозначение для отламывания кончика ампулы надпиливание не требуется.
- Вскрытую ампулу ставим на стол.
- Заранее приготовленный шприц берём в правую руку, придерживая муфту иглы указательным пальцем, а цилиндр - большим и мизинцем. Ампулу берём в левую руку между 2 и 3 пальцами, переворачивая вверх дном, поднимая на уровень глаз.
- Не касаясь краёв ампулы, ввести иглу в ампулу на 0,5 мм.
- В левую руку перехватываем цилиндр шприца:
- большим пальцем и мизинцем обхватываем цилиндр;
- безымянным пальцем фиксируем муфту иглы.
- Правой рукой оттягиваем поршень на себя, набираем необходимую дозу, выпускаем воздух из шприца в ампулу.
- Меняем иглу. Пинцетом надевает другую иглу для инъекции, фиксирует её, проверяет проходимость иглы, не снимая с неё колпачок.
- Готовый шприц кладем в стерильный лоток, шарики рядом с цилиндром.

### 33. Разведение антибиотиков

Цель: Развести антибиотики.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Индивидуальная непереносимость.

Оснащение:

- Шприцы стерильные.
- Иглы стерильные для в/м инъекций и для набора лекарственных веществ.
- Стерильный раствор хлорида натрия 0,9%.
- Стерильные ватные шарики/салфетки
- Спирт 70% или антисептический раствор.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Флаконы с антибиотиками.
- Стерильный лоток.
- Лоток для сброса отходов класса Б
- Пилочки.
- Пинцет не стерильный (или ножницы).
- Пинцет стерильный.
- Полотенце.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки
  - Возьмите флакон с антибиотиком.
  - Прочтите надпись на флаконе (название, доза, срок годности).
  - Вскройте алюминиевую крышку в центре не стерильным пинцетом.
  - Обработайте влажным шариком/салфеткой резиновую пробку.
  - Возьмите ампулу с растворителем 0,9 % раствор хлорида натрия, прочтите еще раз название.
  - Обработайте ампулу влажным шариком/салфеткой.
  - Надпилите, обработайте влажным шариком/салфеткой и вскройте ампулу с растворителем.
  - Наберите в шприц нужное количество растворителя из расчета 1 мл (0,5 мл) растворителя на каждые 100 000 ЕД. антибиотика.
  - Возьмите флакон и введите в него набранный растворитель.
  - Отсоедините шприц, иглу оставьте во флаконе.
  - Встряхните флакон с иглой до полного растворения антибиотика.
  - Наденьте иглу с флаконом на подыгольный конус шприца.
  - Поднимите флакон вверх дном и наберите содержимое флакона или его часть в шприц.
  - Снимите флакон вместе с иглой с подыгольного конуса шприца.
  - Наденьте и закрепите на подыгольном конусе шприца иглу для в/м инъекций.
  - Проверьте проходимость этой иглы, пропустив немного раствора через иглу.
- Оценка достигнутых результатов: Антибиотики разведены согласно назначению врача.

### 34. Внутрикожная инъекция.

Цель: Ввести внутрикожно лекарственное вещество.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования.

Оснащение:

- Шприц стерильный 1 мл (туберкулиновый).
- Иглы стерильные для в/к инъекции и для набора лекарственных веществ.
- Лекарственные вещества для введения (сыворотки, аллергены, анатоксины, антибиотики и др.).
- Спирт 70 % или антисептический раствор.
- Стерильные ватные шарики/салфетки.
- Пинцет стерильный.
- Пилочки.
- Перчатки резиновые.
- Стерильный лоток.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Лоток для сброса отходов класса Б
- Полотенце.

Возможные проблемы пациента:

- Непереносимость лекарственного вещества.
- Страх инъекции.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
  - Информировать пациента о вводимом лекарственном веществе.
  - Помогите пациенту занять нужное положение.
  - Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки
  - Соберите шприц и наберите в него нужное количество лекарственного вещества.
  - Обработайте инъекционное поле последовательно, двукратно, стерильным шариком/салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства
  - Обхватите левой рукой предплечье пациента снаружи и натяните кожу в месте инъекции.
  - Возьмите шприц с иглой в правую руку.
  - Введите в кожу конец иглы, держа ее срезом вверх почти параллельно коже.
  - Перенесите на поршень левую руку и введите назначенную дозу лекарственного вещества.
  - Извлеките быстрым движением иглу и приложите сухой стерильный шарик/салфетку.
  - Обработайте шприц, иглы, использованные шарики в соответствии с требованиями санэпидрежима.
  - Объясните пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода в течение определенного времени (если инъекция выполнялась с диагностической целью).
- Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено внутривенно.
- Примечания. Внутривенная инъекция делается в среднюю треть внутренней поверхности предплечья. Пробу читает врач или специально обученная медицинская сестра.

### 35. Подкожная инъекция.

Цель: Ввести лекарственное вещество подкожно.

Показание: По назначению врача.

Противопоказание: Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества. Оснащение:

- Шприц стерильный 1-2 мл.
- Ампулы с лекарственным веществом.
- Лоток стерильный.
- Лоток для сброса отходов класса Б
- Иглы стерильные для подкожного введения и набора лекарственного вещества.
- Стерильные ватные шарики/салфетки.
- Спирт 70% или антисептический раствор.
- Пилочки.
- Перчатки резиновые.
- Емкости с дез. растворами.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Полотенце.

Возможные проблемы пациента:

- Страх перед инъекцией.
  - Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества.
- Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:
- Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
  - Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.
  - Помогите пациенту занять нужное положение.
  - Обнажите у пациента место инъекции.
  - Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки.
  - Наберите в шприц назначенное лекарственное вещество.
  - Определите место инъекции.
  - Обработайте инъекционное поле последовательно, двукратно, стерильным шариком/салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства
  - Выпустите воздух из шприца.
  - Возьмите шприц в правую руку, вторым пальцем придерживайте муфту иглы, пятым пальцем поршень, а остальными цилиндр.
  - Возьмите кожу в месте инъекции в складку первым и вторым пальцами левой руки.
  - Введите иглу под кожу в основание кожной складки под углом 30-45 градусов к поверхности кожи срезом вверх на 2/3 длины иглы.
  - Перенесите левую руку на поршень.
  - Оттяните слегка поршень на себя, убедитесь, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце).
  - Введите медленно лекарственное вещество.
  - Прижмите сухим стерильным шариком/салфеткой место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.
  - Спросите пациента о самочувствии.
  - Снимите перчатки.
  - Обработайте шприц, иглу, шарики/салфетки, перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.
  - Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено подкожно.

Примечания. Места для подкожных инъекций:

Верхняя наружная поверхность плеча.

Верхняя наружная поверхность бедра.

Подлопаточная область.

Передняя брюшная стенка.

### 36. Внутримышечная инъекция.

Цель: Ввести лекарственный препарат внутримышечно.

Показания: По назначению врача, в соответствии с листом назначений.

Противопоказания. Выявляются в процессе обследования: непереносимость лекарственных веществ.

Оснащение:



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Стерильный лоток.
- Лоток для использованных шприцов.
- Стерильный шприц со стерильными иглами.
- Лекарственное вещество.
- Стерильные ватные шариками/салфетки в упаковке.
- Спирт 70% или антисептический раствор.

Возможные проблемы пациента:

- Пациент негативно настроен к вмешательству.
- Инфильтрат или другое поражение кожи на месте предстоящей инъекции.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информирете пациента о вводимом лекарственном препарате;
- Спросите пациента, не нужно ли его отгородить ширмой (если он в палате не один).
- Помогите пациенту принять нужное положение.
- Помогите пациенту освободить от одежды область инъекции.
- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Наденьте перчатки.
- Определите место инъекции.
- Обработайте инъекционное поле последовательно, двукратно, стерильным шариком/салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства
- Выпустите воздух из шприца.
- Возьмите шприц в правую руку, расположите его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержите поршень, 5-й расположите на канюле иглы, остальные пальцы на цилиндре.
- Фиксируйте кожу на месте прокола.
- Введите иглу в мышцу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы.
- Оттяните левой рукой поршень на себя, убедитесь в отсутствии крови в шприце (обязательно при введении масляных растворов).
- Введите лекарственное вещество.
- Прижмите сухим стерильным шариком/салфеткой место инъекции.
- Извлеките быстрым движением шприц с иглой.
- Положите шприц в лоток для использованных инструментов.
- Помогите пациенту занять удобное для него положение.
- Обработайте шприц, иглы, шарики, перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.
- Вымойте руки.

Оценка результатов: Назначенный лекарственный препарат введен в/м.

Примечания:

- Внутримышечную инъекцию производят в верхний наружный квадрант ягодичцы и среднюю треть наружной поверхности бедра (латеральная широкая мышца бедра).
- Зону, пригодную для инъекции, можно установить по костным ориентирам. Для этого мысленно проведите линию от остистого отростка пятого поясничного позвонка к большому вертелу бедренной кости. Седалищный нерв расположен ниже этой линии, и инъекцию можно делать выше нее.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- При выполнении инъекции у маленьких детей и истощенных взрослых следует взять кожу и мышцу в складку, чтобы быть уверенным, что лекарственный препарат попал именно в мышцу.
- Масляные растворы перед введением необходимо подогреть на водяной бане до температуры 38° С.
- Бициллин (антибиотик пролонгированного действия) разводить физиологическим раствором (меньше пенится), вводить сразу же, так как суспензия быстро кристаллизуется.
- После введения масляных растворов и бициллина к месту инъекции приложить грелку.

### 37. Внутривенное вливание.

Цель: быстрейшее достижение лечебного эффекта, диагностическая, ведение лекарственных средств с питательной целью.

Показания: По назначению врача, в соответствии с листом назначений.

Противопоказания. Выявляются в процессе обследования: непереносимость лекарственных веществ.

Оснащение:

- шприц 10-20 мл;
- игла для инъекции (0840);
- игла для набора растворителя (0840);
- резиновый жгут;
- клеёноччатая подушечка;
- салфетки;
- маска;
- стерильный лоток;
- стерильные ватные шарики;
- спирт этиловый 70 % или антисептический раствор;
- очки или пластиковый экран;
- перчатки;
- лекарственное средство;
- ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Места инъекции:

- вены локтевого сгиба (классическое место);
- предплечья;
- кисти рук;
- вены свода черепа (у детей).

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Уточнить у пациента алергоanamnez, сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения, дать необходимую информацию о манипуляции.
- Подготовить лекарственное средство и растворитель к работе.
- Собрать шприц, присоединив иглу для набора лекарственного средства, набрать назначенную дозу и добрать до 10-20 мл растворителя (по назначению).
- Сменить иглу для инъекции, удалить воздух (не снимая колпачок).



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- На стерильный лоток поместить готовый шприц и несколько стерильных спиртовых шариков. Накрыть стерильной салфеткой.
  - Надеть маску, очки.
  - Обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки.
  - Предложить пациенту сесть или лечь так, чтобы пунктируемая вена была хорошо доступна.
  - Под локтевой сгиб, пациента подложить клеёную подушечку.
  - Выше места инъекции, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут так, чтобы пульс на периферических артериях сохранился, кожа ниже жгута стала слегка цианотична. Концы жгута направить вверх, а петлю - вниз, поверхность ладони кверху.
  - Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, затем зажать. Определить наиболее наполненную вену и место пункции.
  - Обработайте инъекционное поле последовательно, двукратно, стерильным шариком/салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства. К месту пункции положить стерильную салфетку (для выведения на неё иглы из вены).
  - Взять шприц в правую руку (указательный палец на канюле иглы, остальные на цилиндре, срез иглы направить вверх). Проследите, чтобы в шприце не было воздуха.
  - Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места пункции на 2-3 см, зафиксировать вену.
  - Проколоть кожу, держа шприц под углом 30°, осторожно ввести иглу на 1/3 длины, параллельно вене до ощущения попадания в «пустоту».
  - левой рукой потянуть поршень «на себя», если в цилиндре появилась кровь, то игла в вене.
  - левой рукой развязать жгут за один из свободных концов, попросить пациента разжать кулак.
  - Медленно ввести лекарственное средство, оставив в шприце 1-2 мл раствора. Наблюдать за состоянием пациента.
  - левой рукой слегка прижать к месту инъекции 3 ватный шарик, смоченный спиртом, быстрым движением извлечь иглу вместе с салфеткой.
  - Попросить пациента прижать шарик, согнув руку в локтевом суставе, поддержать 3-5 минут (можно зафиксировать шарик бинтом). Поинтересоваться самочувствием пациента.
  - После остановки кровотечения из места пункции, забрать у пациента шарик для дезинфекции.
  - Провести этап дезинфекции использованного материала, шприцев, игл.
  - Снять перчатки, погрузить в дезинфекционный раствор.
  - Вымыть руки.
- Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено внутривенно.

### 38. Заполнение системы для внутривенного капельного введения лекарственных веществ, проведение внутривенного капельного вливания.

Цель: введение лекарственных средств с лечебной или питательной целью.

Показания: По назначению врача, в соответствии с листом назначений.

Оснащение:



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

- всё необходимое для инъекции;
- система однократного применения;
- лекарственное средство во флаконах, ампулах;
- шприцы;
- иглы разных размеров;
- штатив для инфузии;
- резиновый жгут;
- стерильные салфетки;
- лейкопластырь;
- стерильная маска;
- очки или пластиковый экран;
- стерильные перчатки;
- этиловый спирт 70 % или антисептический раствор;
- стерильный лоток.

Места инъекции:

- вены локтевого сгиба;
- предплечья;
- кисти;
- стопы; подключичная вена.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Уточнить у пациента аллергоanamnez. Сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения, дать необходимую информацию о манипуляции.
- Подготовить к работе флакон и ампулы с лекарственным средством - проверить срок годности, поставить дату вскрытия стерильного флакона.
- Набрать в шприц лекарственное средство и ввести его во флакон через резиновую пробку (по стандарту).
- Проверить капельную систему (герметичность, срок годности).
- Вскрыть пакет и извлечь рукой систему из упаковки на стерильный лоток (салфетку).
- Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести её во флакон до упора, зафиксировать трубку воздуховода вдоль флакона так, чтобы её конец был на уровне дна.
- Снять колпачок с иглы для флакона капельной системы и ввести в пробку до упора.
- Закрывать зажим системы.
- Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на стойке-штативе, держать иглу для пациента в правой(левой) руке.
- Снять инъекционную иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.
- Открыть зажим (не полностью) и заполнить капельницу до половины объема, держа её горизонтально.
- Закрывать зажим. Возвратить капельницу в исходное (вертикальное) положение.
- Открыть зажим и заполнить систему по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).
- Закрывать зажим, зафиксировать систему на штативе и присоединить инъекционную иглу с колпачком.
- На стойке-штативе фиксируют 2-3 полоски лейкопластыря.
- Надеть маску, очки.
- Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные перчатки.
- Под локтевой сгиб пациента подложить клеёную подушечку.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут с сохранением пульса. Обработайте место пункции вены двумя шариками, смоченными спиртом, движением снизу вверх
- Правой рукой снять со штатива систему, снять колпачок с иглы, приоткрыть зажим системы (чтобы их просвета иглы появилась капля вводимого раствора). Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, зафиксируйте вену и проведите пункцию (в системе должна показаться кровь).
- Снимите жгут, попросите пациента разжать кулак.
- Понаблюдайте за введением, чтобы жидкость не поступала под кожу и установите скорость введения лекарственного средства (по назначению врача, те. количество капель в минуту).
- Фиксируйте канюлю иглы лейкопластырем.
- В течение вливания следить за самочувствием пациента, несколько раз заходить в палату.
- После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции слегка прижать ватный спиртовой шарик, и извлечь иглу.
- левой рукой помочь согнуть пациенту руку в локтевом сгибе.
- Через 3-5 минут убрать у пациента окровавленный шарик и замочить в емкости с дезинфицирующим раствором.
- Провести этап дезинфекции использованного материала, системы (её разрезать ножницами в дезинфицирующем растворе на кусочки по 10 см).
- Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе.
- Вымыть руки.

### 39. Проведение промывания желудка толстым зондом.

Цель: удалить из желудка его содержимое.

Показания:

- отравление недоброкачественной пищей, лекарствами, алкоголем.

Противопоказания:

- кровотечения из ЖКТ;
- воспалительные заболевания с изъязвлениями в полости рта и глотки.

Оснащение:

- стерильная система для промывания желудка (2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой, слепой конец у одного зонда срезан);
- стеклянная воронка 0,5-1 л;
- таз для промывных вод;
- фартук клеенчатый - 2 шт.;
- полотенце;
- салфетки;
- стерильная емкость для промывных вод;
- вода комнатной температуры - 10 л;
- кружка;
- стерильные перчатки;
- лоток для оснащения;
- емкость с дезинфицирующим раствором;
- стерильный глицерин;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- шприц Жанэ;
- фонендоскоп.

### ЮСПЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры (если он в сознании).
- Подготовить необходимое оснащение.
- Выполните гигиеническую обработку рук, надените перчатки
- Надеть фартук на себя и пациента.
- Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед.
- Приставить таз к ногам пациента - слева от него, справа - ведро с водой.
- Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа через ухо), поставить метку.
- Смочить слепой конец зонда стерильным глицерином и предложить пациенту открыть рот.
- Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.
- Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно.
- Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: вести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом эпигастральную область.
- Соединить зонд со стеклянной трубкой и присоединить воронку.
- Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой.
- Медленно поднять воронку вверх на 1 метр от пола или на 30 см выше рта пациента. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен пациента и слить содержимое в таз (или в стерильную емкость на исследование).
- Повторить промывание до получения чистых промывных вод.
- Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой.
- Погрузить загрязненные предметы в емкость с дезинфицирующим раствором, в том числе и фартук.
- Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.
- Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.
- Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.
- Вымыть руки.

### 40. Введение газоотводной трубки.

Цель Вывести газы из кишечника.

Показания:

- Метеоризм.
- Атония кишечника после операции на ЖКТ.

Противопоказания. Кровотечение.

Оснащение:

- Стерильная газоотводная трубка.
- Перчатки.
- Судно.
- Клеенка.
- Стерильный вазелин.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Стерильный шпатель
- Салфетка.
- Полотенце, мыло.
- Емкости для дезинфекции.
- Ширма.

Возможные проблемы пациента:

- Негативное отношение пациента.
- Психологический дискомфорт при проведении процедуры и др.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Отгородите пациента ширмой.
- Выполните гигиеническую обработку рук, надените перчатки
- Смажьте узкий конец трубки вазелином.
- Подстелите клеенку.
- Уложите пациента на левый бок с приведенными к животу ногами.
- Разведите левой рукой ягодицы пациента и осторожно вращательными движениями введите газоотводную трубку на глубину 20 - 30 см. Первые 3 - 4 см по направлению к пупку, а остальные параллельно позвоночнику.
- Опустите наружный конец газоотводной трубки в подкладное судно или мочеприемник, заполненные на 1/3 водой, что обеспечит наблюдение за выделениями из кишечника.
- Накройте пациента простыней или одеялом.
- Извлеките газоотводную трубку по достижении эффекта.
- Оботрите заднепроходное отверстие салфеткой.
- Обработайте газоотводную трубку, перчатки, лоток, судно, клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима
- Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов. Из кишечника отошли газы, улучшилось самочувствие пациента. Примечания.

- Положение пациента должно быть индивидуальным, удобным.
- При длительном применении газоотводной трубки делается перерыв на 20-30 минут и вводится чистая газоотводная трубка.

### 41. Постановка очистительной клизмы.

Цель: Очистить нижний отдел толстого кишечника от каловых масс и газов.

Показания:

- Задержка стула.
- Отравления.
- Подготовка к рентгенологическому и эндоскопическому исследованиям желудка, кишечника, почек.
- Перед операциями, родами, абортами.
- Перед введением лекарственной клизмы.

Противопоказания:

- Воспалительные заболевания в области заднего прохода.
- Кровоточащий геморрой.
- Выпадение прямой кишки.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

- Опухоли прямой кишки.
- Желудочное и кишечное кровотечение.
- Острый аппендицит, перитонит.

Оснащение:

- Стерильная система, состоящая из: кружки Эсмарха, соединительной трубки длиной 1,5 м с вентилем или зажимом, стерильного ректального наконечника.
- Вода комнатной температуры 1-1,5 л.
- Клеенка.
- Перчатки.
- Халат.
- Фартук.
- Полотенце.
- Штатив.
- Таз.
- Стерильные вазелин и шпатель.
- Емкости для дезинфекции.

Возможные проблемы пациента:

- Психологический дискомфорт при проведении процедуры.
- Негативное отношение к данному вмешательству.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Выполните гигиеническую обработку рук
- Наденьте перчатки, халат, фартук.
- Налейте в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды комнатной температуры.
- Заполните систему водой.
- Подвесьте кружку Эсмарха на штатив на высоту 75-100 см.
- Уложите пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз.
- Попросите пациента согнуть ноги в коленях и подтянуть к животу.
- Выпустите воздух из системы.
- Смажьте наконечник вазелином.
- Встаньте слева от пациента.
- Разведите левой рукой ягодицы пациента.
- Введите правой рукой легкими вращательными движениями наконечник в прямую кишку, первые 3-4 см наконечника по направлению к пупку, а затем на 5-8 см параллельно позвоночнику.
- Откройте вентиль (или зажим) и отрегулируйте поступление жидкости в кишечник.
- Попросите пациента в этот момент расслабиться и медленно подышать животом.
- Закройте вентиль или наложите зажим на резиновую трубку, оставив на дне кружки Эсмарха небольшое количество воды.
- Извлеките наконечник.
- Попросите пациента удерживать воду в кишечнике в течение 5-10 минут.
- Сопроводите пациента в туалетную комнату.
- Разберите систему и погрузите ее в дезинфицирующий раствор.
- Снимите перчатки, фартук и халат.
- Обработайте разобранную систему, перчатки, фартук и наконечник в соответствии с требованиями санэпидрежима.
- Вымойте руки.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Примечание. При необходимости подмойте пациента.

Оценка достигнутых результатов: Получены каловые массы.

Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.

### 42. Постановка сифонной клизмы.

Цель. Промыть кишечник.

Показания. Необходимость промывания кишечника:

- При отравлениях;
- По назначению врача;
- Подготовка к операции на кишечнике.

Противопоказания:

- Кишечное кровотечение.
- Другие выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

Оснащение. Система, состоящая из:

- Стерильные резиновые кишечные трубки - 2, соединенные смотровым стеклом.
- Воронка, вместительностью 1 л.
- Вода 37 градусов Цельсия - 10 л (другие растворы по назначению врача).
- Ведро или таз для сбора промывных вод.
- Клеенка, фартук.
- Перчатки.
- Стерильные вазелин и шпатель.
- Емкости для дезинфекции.

Возможные проблемы пациента:

- Психологический дискомфорт перед и при проведении процедуры (страх, стыдливость и т.д.), агрессивное состояние, эпилептический статус.
- Негативное отношение к данному вмешательству.
- Боли внизу живота.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Наденьте перчатки, халат, фартук.
- Соберите систему.
- Смажьте вазелином слепой конец трубки.
- Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.
- Разведите ягодицы пациента и вращательными движениями введите слепой конец трубки в кишечник в начале по направлению к пупку на глубину 4 см, а затем на глубину 20 - 40 см.
- Опустите воронку ниже уровня тела пациента.
- Наклоните ее и медленно наполните водой.
- Поднимите медленно воронку вверх на 1 м выше тела пациента.
- Опустите воронку ниже тела пациента, как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки.
- Слейте содержимое воронки в таз.
- Наполните вновь воронку водой.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Повторите процедуру несколько раз до появления чистых промывных вод.
  - Отсоедините воронку, и конец трубки опустите на 20 минут в таз для дальнейшего отхождения газов и воды.
  - Обработайте систему в разобранном виде, перчатки, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.
- Оценка достигнутых результатов. Кишечник промыт, получены "чистые" воды.

### 43. Постановка масляной и гипертонической клизмы.

#### ПОСТАНОВКА МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ

Цель: Ввести 100-200 мл растительного масла 37-38° градусов Цельсия, через 8-12 часов - наличие стула.

Показания: Запор.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой. Оснащение:

- Грушевидный баллон.
- Стерильные вазелин и шпатель.
- Стерильное растительное масло 1=37-38° градусов Цельсия, 100-200 мл.
- Стерильная газоотводная трубка.
- Водяной термометр.
- Перчатки.
- Фартук.
- Халат.
- Клеенка.
- Марлевые салфетки.
- Емкости для дезинфекции.
- ? Ширма.

Возможные проблемы пациента:

- Психологический дискомфорт при проведении процедуры;
- Метеоризм.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Отгородите пациента ширмой.
- Наденьте халат, фартук, перчатки.
- Постелите на кушетку клеенку.
- Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами и слегка приведенными к животу.
- Введите в прямую кишку газоотводную трубку, смазанную вазелином на глубину 3-4 см по направлению к пупку и на 10-15 см параллельно позвоночнику.
- Наберите масло в баллончик.
- Выпустите воздух из резинового баллончика.
- Присоедините его к газоотводной трубке.
- Введите медленно подогретое растительное масло 100-200 мл.
- Извлеките одновременно, не разжимая резинового баллончика, газоотводную трубку с баллончиком.
- Положите марлевую салфетку между ягодицами пациента.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

---

• Обработайте газоотводную трубку, резиновый баллончик, перчатки, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов:

- Масло введено.
- Наличие стула у пациента через 8-12 часов.

Примечание: Строго контролируйте температуру масла.

### ПОСТАНОВКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ

Цель: Поставить гипертоническую клизму и очистить кишечник от каловых масс.

Показания:

- Запоры, связанные с атонией кишечника.
- Запоры при общих отеках.
- Неэффективность очистительной клизмы.

Противопоказания:

- Воспаление в прямой кишке.
- Трещины заднего прохода.

Оснащение:

- Стерильный грушевидный баллон.
- Раствор магния сульфата 25% 100-200 мл, температура 37° градусов Цельсия.
- Стерильные вазелин и шпатель.
- Стерильная газоотводная трубка.
- Перчатки.
- Фартук,
- Халат.
- Клеенка.
- Водяной термометр.
- Емкости для дезинфекции.
- Полотенце.

Возможные проблемы пациента.

- Психологический дискомфорт при проведении процедуры.
- Возможны боли при введении солевого раствора внизу живота.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Выполните гигиеническую обработку рук.
- Наденьте халат, фартук, перчатки.
- Постелите на кушетку клеенку.
- Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами и слегка приведенными к животу.
- Наберите в баллончик раствор магния сульфата 25% 100-200 мл, предварительно подогретый до 37° градусов Цельсия.
- Введите в прямую кишку газоотводную трубку, смазанную вазелином на глубину 3-4 см по направлению к пупку, а затем на 10 - 15 см параллельно позвоночнику.
- Выпустите воздух из резинового баллончика и присоедините его к газоотводной трубке.
- Введите медленно солевой раствор.
- Извлеките одновременно, не разжимая резинового баллончика, газоотводную трубку с баллончиком.
- Попросите пациента полежать 10-30 минут.



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- Сопроводите пациента в туалетную комнату или подайте судно.
- Обработайте газоотводную трубку, баллончик, перчатки, клеенку, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.
- Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов. Поставлена гипертоническая клизма и получены жидкие каловые массы.

### 44. Постановка лекарственной клизмы.

Цель: Введение в прямую кишку жидких лекарственных средств.

Показания. По назначению врача.

Противопоказания. Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой. Оснащение.

- Упаковка суппозитория.
- Ширма.
- Перчатки.
- Емкость для дезинфекции.
- Полотенце.
- Клеенки.

Возможные проблемы пациента:

- Психологические.
- Невозможность самохода.

Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

- Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- Достаньте из холодильника упаковку суппозитория,
- Прочтите название и срок годности.
- Отгородите пациента ширмой (если в палате он не один).
- Подложите под пациента клеенку.
- Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами,
- Наденьте перчатки.
- Вскройте оболочку, в которую упакован суппозиторий, не извлекая суппозитория из оболочки.
- Попросите пациента расслабиться, разведите ягодицы одной рукой, а другой введите суппозиторий в анальное отверстие (оболочка останется у вас в руке).
- Предложите пациенту принять удобное положение для него.
- Снимите перчатки.
- Обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
- Уберите ширму.
- Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Суппозитории введены в прямую кишку.

### 45. Проведение реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание)

Три главных задачи при сердечно-легочной реанимации (ABC):

A (airway) — восстановление проходимости дыхательных путей;

B (breathing) — проведение искусственной вентиляции легких;



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

C (circulation) — поддержание кровообращения посредством проведения непрямого массажа сердца

1. Убедиться в безопасности для себя, пострадавшего и окружающих; устранить возможные риски.
2. Проверить реакцию пострадавшего: аккуратно встряхнуть его за плечи и громко спросить “Что с Вами?”. Проверить наличие пульса на сонной артерии. Проверить наличие дыхания.

Признаки клинической смерти:

1. Остановка кровообращения (отсутствие пульсации на магистральных артериях);
2. Отсутствие самостоятельного дыхания (нет экскурсий грудной клетки);
1. Отсутствие сознания;
2. Широкие зрачки;
3. Арефлексия (нет корнеального рефлекса и реакции зрачков на свет);
4. Кожные покровы (бледность, акроцианоз).

1. Принять решение:

- если пострадавший реагирует - оставить его в том же положении, попытаться выяснить причины происходящего и позвать на помощь, регулярно оценивать состояние пострадавшего;

- если пострадавший не реагирует - громко позвать на помощь, вызвать реанимационную бригаду, повернуть на спину и открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подтягивания подбородка - рукой нужно надавить на лоб, а другой рукой подтянуть подбородок. Альтернативный способ - запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой - на лоб пострадавшего.

- поддерживая дыхательные пути открытыми необходимо увидеть, услышать и почувствовать дыхание, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к шуму дыхания и ощущая движение воздуха на своей щеке. Исследование продолжать не более 10 сек.

2. Принять решение:

- дыхание нормальное,
- ненормальное или отсутствует.

Необходимо помнить о том, что у 40% пострадавших в первые минуты после остановки кровообращения может развиваться агональное дыхание (редкие, короткие, глубокие судорожные дыхательные движения) или другие патологические типы дыхания. Агональное дыхание может возникнуть во время проведения компрессий грудной клетки как признак улучшения перфузии головного мозга, но не признак восстановления спонтанного кровообращения. Если возникают сомнения в характере дыхания - вести себя так, как будто дыхание патологическое. Таким образом, отсутствие сознания и дыхания (или патологическое дыхание) - признаки остановки кровообращения и показания к началу сердечно-легочной реанимации (СЛР).

3. Принять решение:

а) если пострадавший дышит нормально - поместить его в боковое стабильное положение, вызвать скорую помощь, регулярно оценивать состояние и наличие нормального дыхания;

б) если у пострадавшего патологический тип дыхания или оно отсутствует - попросить окружающих вызвать помощь и принести автоматический наружный дефибриллятор (или сделать это самостоятельно по мобильному телефону). Вы можете покинуть



## АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

пострадавшего для доставки автоматического наружного дефибриллятора только в том случае, если он в шаговой доступности.

Начать компрессии грудной клетки:

- положить пациента на твердую поверхность;
- встать на колени сбоку от пострадавшего;
- расположить основание одной ладони на грудной клетке пострадавшего (на нижнюю треть грудины по срединной линии);
- расположить основание другой ладони поверх первой ладони;
- сомкнуть пальцы рук в замок и удостовериться, что вы не оказываете давление на ребра; выгнуть руки в локтевых суставах; не оказывать давление на верхнюю часть живота;
- расположить корпус тела вертикально над грудной клеткой пострадавшего и надавить на глубину как минимум на 5 см, но не более 6 см;
- обеспечивать полную декомпрессию грудной клетки без потери контакта рук с грудиной после каждой компрессии;
- продолжать компрессии грудной клетки с частотой около 100 в мин (критерием эффективности закрытого массажа сердца считают появление пульсовых толчков на сонных артериях, изменение цвета кожных покровов);
- компрессии и декомпрессии грудной клетки должны занимать равное время;
- компрессии грудной клетки следует проводить только на жесткой поверхности.
- при выполнении СЛР в ограниченных по площади пространствах, компрессии возможно выполнять через голову пострадавшего или, при наличии двух спасателей, стоя над пострадавшим с расставленными ногами.
- Компрессии грудной клетки необходимо сочетать с искусственными вдохами ("изо рта в рот", "изо рта в нос", "изо рта в трахеостому"):

Начать искусственную вентиляцию легких:

- после 30 компрессий открыть дыхательные пути, как было описано выше;
- зажать крылья носа большим и указательным пальцами руки, расположенной на лбу;
- открыть рот, подтягивая подбородок;
- сделать глубокий вдох и плотно охватить своими губами рот пострадавшего и произвести равномерный выдох в течение 1 сек, наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, что соответствует дыхательному объему около 500-600 мл (признак эффективного вдоха); избегать форсированных вдохов;
- поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнять свою голову и наблюдать за тем, как грудная клетка опускается на выдохе;

4. Принять решение: если первый искусственный вдох оказался неэффективным, перед следующим вдохом необходимо удалить инородные тела изо рта пострадавшего, проверить адекватность открывания дыхательных путей;

- сделать еще один искусственный вдох. Всего необходимо сделать 2 искусственных вдоха, которые должны занять не более 5 сек..
- После этого сделать 30 компрессий грудной клетки и далее продолжать СЛР в соотношении компрессии: вентиляции 30:2. Компрессии грудной клетки должны выполняться с минимальными перерывами.

СЛР двумя реаниматорами: один - выполняет компрессии грудной клетки, другой - искусственную вентиляцию легких. Реаниматор, выполняющий компрессии грудной клетки, громко считает количество компрессий и отдает команду второму реаниматору



## **АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

---

на выполнение 2х вдохов. Реаниматоры меняются местами каждые 2 мин, соотношение компрессии: вентиляции 30:2.

Продолжайте проведение сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни (спонтанное дыхание, пульс, рефлексы, движение) или до прибытия бригады скорой помощи.

5. Реанимационные мероприятия прекращают при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 мин.

СЛР более 30 минут проводят в случаях гипотермии, утопления в ледяной воде и передозировке лекарственных препаратов.